

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele

Klientela Dětského psychiatrického oddělení v Liberci
The Clientage of Children's Psychiatric Department
in Liberec

Bakalářská práce: 08-FP-KSS-1021

Autor:

Gabriela LANDOVSKÁ

Podpis:

.....

Adresa:

Svatoplukova 652

460 01, Liberec IV

Počet:

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
84	13	0	11	33	7

V Liberci dne:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Gabriela Landovská
Adresa: Svatoplukova 652, 460 01 Liberec IV

Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Kód oboru: 7506R029

Název práce: KLIENTELA DĚTSKÉHO PSYCHIATRICKÉHO
ODDĚLENÍ V LIBERCI

Název práce v angličtině: THE CLIENTAGE OF CHILDREN'S PSYCHIATRIC
DEPARTMENT IN LIBEREC

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Miškovská

Termín odevzdání práce: 15. 04. 2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).


.....
vedoucí bakalářské práce


.....
děkan FP TUL


.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Gabriela Landovská

Datum: 28. 02. 2008

Podpis studenta: 

Cíl práce:

Provést komplexní charakteristiku klientů (pacientů) ve věkové kategorii staršího školního věku na dětském psychiatrickém oddělení v Liberci.

Základní literatura:

AUGER, M.- T., BOUCHARLAT, Christiane. *Učitel a problémový žák*. 1. vyd. Praha: 2005. ISBN 80-7178-907-0.

MAŤEJČEK, Zdeněk, DYTRYCH, Zdeněk. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: 2002. ISBN 80-247-0332-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíce potřebují*. 1419. publikace. Praha: 2007. ISBN 978-80-7367-272-0.

MICHALOV Á, Zdeňka. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*.

PEŠATOV Á, Ilona. *Vybrané kapitoly z etopedie*. 1. vyd. Liberec 2003. ISBN 80-7083-750-0.

PREKOPOV Á, Jiřina. *Malý tyran*. 5. vyd. Praha: 2007. ISBN 978-80-7367-271-3.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOV Á, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Havlíčkův Brod: 2006. ISBN 80-247-1049-8.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1. vyd. Praha: 2002. ISBN 80-7178-689-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie IV* 1.vyd. Liberec 2003. ISBN 80-7083-766-7.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Kateřině Miškovské, vedoucí mé bakalářské práce, za rady a připomínky, které mi v průběhu psaní práce poskytla. Děkuji také lékařům a zdravotnickému personálu Oddělení dětské psychiatrie v Liberci za ochotu a čas, který mi věnovali.

Název bakalářské práce: Klientela Dětského psychiatrického oddělení v Liberci

Název bakalářské práce: The Clientage of Children's Psychiatric Department
in Liberec

Jméno a příjmení autora: Gabriela Landovská

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2008/2009

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kateřina Miškovská

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá Dětským psychiatrickým oddělením Krajské nemocnice v Liberci a jejím cílem je popsat nejen toto oddělení, ale také používané metody a vybranou skupinu klientů staršího školního věku, kteří zde byli umístěni během prvního pololetí uplynulého školního roku 2007/2008. V tomto období bylo hospitalizováno celkem 78 klientů, z čehož bylo 47 klientů staršího školního věku. Struktura práce má dvě základní části. V první, teoretické části, je pomocí odborných zdrojů a rozhovorů se zdravotnickým personálem popsána činnost a režim dětského oddělení. Je zde objasňováno, jaké důvody vedou k přijetí klientů a jak se během pobytu na oddělení s klienty pracuje.

V praktické části je na základě studia dokumentace zjišťována nejčastější diagnóza 47 klientů staršího školního věku, kteří byli umístěni v uvedenou dobu na oddělení dětské psychiatrie. Dále jsou zde zpracovávány rodinné a osobní anamnézy, ze kterých jsou vytaženy důležité informace z oblasti vývoje a chování klientů v rodině, ve škole a mezi vrstevníky. Výsledky šetření potvrzují předpoklad o nejčastější diagnóze a vyúsťují k námi navrhovaným opatřením vzhledem k pracovišti a také vzhledem ke klientům dětské psychiatrie a k jejich rodičům obecně.

Největším přínosem práce je celkové zmapování klientely, režimu zařízení, používaných metod na oddělení a spolupráce mezi klientem, rodiči, zdravotnickým personálem a školami.

Klíčová slova:

dětská psychiatrie, mezioborová spolupráce, legislativa zařízení, klientela zařízení, důvody vyšetření a hospitalizace, diagnostika, režimová terapie, poruchy chování a jejich klasifikace, agresivita, základní škola v zařízení, multifaktoriální dispozice, výsledky práce, návrhy.

The Title of the Bachelor Thesis: The Clientage of Children's Psychiatric Department in Liberec

The Name of the Author: Gabriela Landovská

The Academic Year: 2008/2009

The Thesis Consultant: Mgr. Kateřina Miškovská

Annotation:

This bachelor thesis deals with the Children's Psychiatric Department of the Regional Hospital in Liberec. The goal of the thesis is to describe not only this department but also the used methods and a group of clients of senior school age, who were hospitalized here during the first semester of last school year 2007/2008. In this time period, there were 78 clients in total, 47 of them were of senior school age. The thesis consists of two basic parts. The first, theoretical part, describes the work and daily routine in the department, based on the interviews with the personnel and secondary literature. It says here, what are the reasons for the hospitalisation of the client and what kind of work is done with the client during his or her stay in the department.

The practical part traces the most common diagnosis of the 47 clients of senior school age, who were hospitalized in the Children's Psychiatric Department in the particular period. Furthermore, there are the personal and family anamneses, from which the important facts are extracted from the area of development and the behaviour of the clients in the family, at school and among the peers. The results of the investigations confirm the assumption of the most common diagnosis. Measures are suggested regarding the workplace and the clients and their parents in general.

The biggest benefit of this thesis is the overall mapping of the clientage, the routine of the institution, the methods used in the department and the cooperation among the clients, parents, hospital personnel and schools.

Key words:

child psychiatry, field-crossing cooperation, legislation of the institution, clients of the institution, reasons for examinations and hospitalization, diagnostics, regime therapy, behaviour disorders and their classification, aggression, elementary school in the institution, multifactorial disposition, work results, suggestions.

Titel der wissenschaftlichen Arbeit: Die Klientel der Kinderpsychiatrieabteilung in Liberec

Name der Authorin: Gabriela Landovská

Akademisches Jahr: 2008/2009

Arbeitsleiter: Mgr. Kateřina Miškovská

Annotation:

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Kinderpsychiatrieabteilung des Kreiskrankenhauses in Liberec. Das Ziel war, nicht nur diese Abteilung, sondern auch die angewandten Methoden und eine ausgewählte Gruppe von Klienten im älteren Schulalter zu beschreiben, die hier im ersten Halbjahr vom 2007/2008 - Schuljahr hospitalisiert waren. Zu dieser Zeit waren hier 78 Klienten insgesamt, 47 Klienten davon im älteren Schulalter. Die Arbeit besteht aus zwei Basisteilen. Im ersten, theoretischen Teil, beschreibe ich mit Hilfe der Fachquellen und Gesprächen mit dem Personal die Tätigkeit und Regime der Kinderabteilung. Es wird erklärt, welche Gründe zu der Einlieferung der Klienten führen und wie wird auf der Abteilung mit ihnen gearbeitet.

In dem praktischen Teil der Arbeit wird anhand der Dokumentation die häufigste Diagnose der 47 Klienten im älteren Schulalter festgestellt, die zu der bestimmten Zeit in der Abteilung der Kinderpsychiatrie hospitalisiert waren. Weiterhin werden hier die persönlichen - und Familienanamnesen bearbeitet, aus denen die wichtigen Informationen aus dem Gebiet der Entwicklung und Verhaltung der Klienten in der Familie, in der Schule und unter den Altersgenossen hervorgehoben werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen bestätigen die Voraussetzung der häufigsten Diagnose und führen so zu vorgechlagenen Maßnahmen, die Arbeitsstelle, die Klientel der Kinderpsychiatrie und die Eltern allgemein berücksichtigen.

Der größte Beitrag dieser Arbeit ist die Beschreibung der Klientel, des Regimes der Anstalt, der genutzten Methoden und der Zusammenarbeit zwischen dem Klienten, der Eltern, dem Krankenhauspersonal und den Schulen.

Schlüsselwörter:

Kinderpsychiatrie, Fachübergreifende Zusammenarbeit, Legislative der Anstalt, die Klientel der Anstalt, die Gründe der Untersuchungen und Hospitalisierung, Diagnostik, Regime Therapie, Verhaltensstörungen und ihre Klassifizierung, Aggressivität, Grundschule und der Anstalt, multifaktorielle Disposition, Arbeitsergebnisse, Vorschläge.

OBSAH

1	Úvod	12
2	Teoretická část	15
2.1	Historie a současnost dětské psychiatrie	17
2.2	Oddělení dětské psychiatrie v Liberci	20
2.2.1	Personální zabezpečení	22
2.2.2	Oddělení dětské psychiatrie	24
2.2.3	Hlavní důvody vyšetření a hospitalizace	24
2.2.3.1	Ošetrovatelský postup	27
2.2.3.2	Denní režim oddělení	29
2.2.3.3	Vzdělávání na dětském psychiatrickém oddělení	32
2.2.3.4	Používané metody při pobytu klienta na oddělení	34
2.2.3.5	Propouštění klienta	36
2.2.4	Klientela dětské psychiatrie v Liberci	37
2.2.4.1	Mladší školní věk	37
2.2.4.2	Starší školní věk	38
2.2.4.3	Adolescence	39
2.2.5	Nejčastější diagnózy dětské psychiatrie	40
2.3	Poruchy chování	42
2.3.1	Vybrané klasifikace poruch chování	42
2.3.2	Četnost výskytu	48
2.3.3	Příčina vzniku	49
3	Praktická část	50
3.1	Cíl praktické části	50
3.2	Použité metody a metodika průzkumů	51
3.3	Charakteristika zkoumaného vzorku	52
3.4	Prezentace a interpretace dat	53
3.4.1	Rodina, ve které klienti dětské psychiatrie vyrůstají	54
3.4.2	Počet dětí v rodině	55
3.4.3	Vzdělání rodičů	56
3.4.4	Psychiatrická anamnéza v rodině	59
3.4.5	Věková skladba klientů	61

3.4.6	Důvody hospitalizace	62
3.4.7	Diagnózy klientů dětské psychiatrie.....	63
3.4.8	Porucha pozornosti ADD a porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD. 65	
3.4.9	Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami	67
3.4.10	Záškoláctví a krádeže	69
3.4.11	Sebepoškozování	71
3.5	Analýza a shrnutí výsledků praktické části	72
4	Závěr	77
5	Návrh opatření.....	74
6	Seznam použitých zdrojů	79
7	Seznam tabulek	82
8	Seznam grafů.....	83
9	Seznam příloh	84

1 Úvod

Třetím rokem pracuji na Oddělení dětské psychiatrie v Liberci jako učitelka a problematika hospitalizovaných klientů mě velice zaujala. Na oddělení v Liberci se například vyšetřují a léčí děti, které se pokusily o sebevraždu. V tomto případě je rychlá hospitalizace v tomto zařízení nutností. V nejkrizovějších okamžicích zde specialisté dítě analyzují a definují jeho budoucí léčbu. Provádět něco takového nelze ambulantně a je nemožné tuto situaci neřešit okamžitě. Lékaři musí jednat ihned. Prostřednictvím oddělení akutní psychiatrické péče se provádí podrobná analýza problémů u dětí s poruchou udržení pozornosti a hyperaktivitou, označovanou jako ADHD. Tato porucha je v Česku stále ještě podceňovaná, ale uveďme jednoduchý příklad. Dítě správně diagnostikované a léčené má v blízké i vzdálenější budoucnosti šanci na normální život a kariéru. V opačném případě má takové dítě bez pomoci minimální naději na dosažení kvalitního vzdělání a jeho handicap se s lety zvyšuje. Prakticky mu neuskutečnění odborné léčby zkazí další průběh jeho života. Jsou zde děti s počínajícími psychózami, jako je například schizofrenie, kdy včasné zahájená léčba změni jejich osud pro celý život. V každodenní praxi není mnoho času na celkovou analýzu zařízení, pracovníků a bohužel je nutné konstatovat - ani na kvalitní mezioborovou spolupráci. Během pedagogické praxe jsem byla na oddělení v odpoledních hodinách a viděla celé oddělení najednou úplně z jiné strany. Napadalo mě plno otázek, ze kterých vyplynul cíl bakalářské práce. Jedná se o celkovou charakteristiku oddělení a hospitalizovaných klientů. Základem se staly odpovědi na tyto otázky.

Kdo jsou vlastně klienti, kteří jsou hospitalizováni na dětské psychiatrii?

Proč mají problémy?

Co je přivedlo až sem?

Jaké pedagogické a psychologické metody se využívají v zařízení při práci s klienty?

Je tato péče dostačující?

Při tvorbě bakalářské práce bylo využito rozhovorů, pozorování a hlavně studia spisové dokumentace. Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí, je sondou do života dětí na oddělení dětské psychiatrie, do organizace a administrativy v tomto

zdravotnickém zařízení. Naší snahou bylo také zmapovat metody a formy práce s klienty dětského psychiatrického oddělení.

V první, teoretické, části je popsána historie dětské psychiatrie obecně a následně podrobná charakteristika Oddělení dětské psychiatrie v Liberci. V této části je zahrnuto personální zabezpečení a legislativa upravující provoz oddělení, jsou zde hlavní důvody přijetí a popis věkových skupin hospitalizovaných dětí a dále celkový režim zařízení. Jedna z kapitol je věnována poruchám chování, jelikož se v praktické části snažíme pomocí získané dokumentace doložit fakt, že hlavním problémem hospitalizovaných klientů jsou právě poruchy chování.

Další hlavní částí je část praktická, ve které bylo pracováno převážně se zdravotnickou dokumentací a na jejím základě byly vyhotoveny a zpracovány tabulky a grafy se statistickými údaji vztahujícími se k formování osobnosti hospitalizovaných klientů v daném období a k ověření námi vyslovených předpokladů.

Doufáme, že zpracovaný materiál pomůže hledat další cesty k účinnějším formám a metodám práce s dětmi nejen na oddělení dětské psychiatrie.

V celé zemi zbyla už jen čtyři oddělení tohoto typu, a to je na počet obyvatel naší země velice málo. Zde pracující specialisté si musí v každodenním pracovním životě poradit s dětským pláčem, hyperaktivitou, ale například i s dětskou schizofrenií či depresí, která již mnoho dětí dovedla k postoji člověka, který nevěří v lepší budoucnost. Potřeba zachování stávajících pedopsychiatrických lůžkových kapacit je doložena vysokou mírou obsazenosti jednotlivých zařízení, jejichž funkce není nahraditelná jinými zdravotnickými ani nezdravotnickými kapacitami. Jedná se o vysoce specializovaná pracoviště, jejichž vybudování, včetně vyškolení celého týmu odborníků, trvá mnoho let a jsou začleněny i do systému postgraduálního vzdělávání v pedopsychiatrii.

V některých oblastech ČR by pro zlepšení dostupnosti péče bylo vhodné další pedopsychiatrická lůžka zřídit.

Seznam používaných zkratk

ADD – Vývojová porucha pozornosti, deficit pozornosti (attention deficit disorder)

ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit hyperactivity disorder)

DSM – IV - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti

LMD – Lehká mozková dysfunkce

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

ODP – Oddělení dětské psychiatrie

OSPOD – Obor sociálně právní ochrany dětí

SPUCH – Specifické poruchy učení a chování

2 Teoretická část

Mezioborová spolupráce je velmi důležitá a to především u jedinců, kteří jsou z různých důvodů hospitalizováni na dětské psychiatrické oddělení. Proto, než se hlouběji zaměříme na problematiku, které s ohledem na téma práce přesahuje hranice oboru speciální pedagogika, se pokusíme definovat některé důležité pojmy, které nám pomohou pochopit vzájemné souvislosti.

Obor speciální pedagogiky, který se zabývá dětmi s poruchami chování, se nazývá **etopedie**. Jeho hlavním cílem je výchova, převýchova, vzdělávání a zkoumání dětí a mládeže sociálně narušené (tj. obtížně vychovatelné). (Průcha a kol., 2001, s. 60)

Komplex projevů, k nimž patří bezděčné projevy, ale i projevy vyžadující rozhodování, se nazývá **chování**. To je vyjádřeno vnitřním stavem osobnosti a projevuje se v interakci člověka s prostředím.

Z hlediska stability rozlišuje Vágnerová (1999)

- chování sociálně žádoucí
- chování prosociální – tendence pomáhat druhému člověku
- chování výrazně odlišné od chování přiměřeného – disociální, asociální, antisociální chování.

Příchodem dítěte na svět začne probíhat **socializace**, nejprve jen pasivní (v rodině), postupem času a začleněním dítěte do kolektivu se stává aktivní. Každé dítě si utváří svůj žebříček hodnot, který vyjadřuje význam věcí a jevů důležitých pro člověka nebo celou skupinu lidí. Jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání – normě, se nazývá **normalita**.

Odchylky v oblasti socializace jsou **poruchy chování**. Znamená to, že jedinec nerespektuje normy chování na úrovni odpovídající jeho věku. Někteří autoři např. Špitze a Lesný (1989) rozdělují poruchy chování na symptomatické, vývojové a vývojově podmíněné.

Dále se pokusíme jen rámcově nastínit, jak problematika poruch chování může být terminologicky komplikovaná. A to především z důvodu, že každý z oborů například užívá vlastní terminologii.

Psychiatrická praxe užívá při diagnostikování poruch chování standardy, závazné pro oblast zdravotnictví. Je to především Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN – 10“), která dělí poruchy chování na poruchy s lepší prognózou a se špatnou prognózou, které naleznete detailně rozpracované v následujících částech textu.

Příznak, projev nemoci nebo poruchy, nazýváme **symptom**. Soubor těchto symptomů je označován jako **syndrom**. Dalším klasifikačním systémem je klasifikace DSM – IV (Diagnostický statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace), který užívá termíny ADD a ADHD, které jsou často používány i v našem prostředí.

Syndrom hyperaktivity ADHD může být jakýmsi předstupněm poruch chování. Hyperaktivní jedinci nebývají oblíbení v kolektivu, nedovedou se ovládat, nejsou schopni brát ohledy na ostatní, nedovedou spolupracovat, nedovedou řešit konflikty, jejich chování bývá nepředvídatelné, jsou náladoví a nebývají školsky úspěšní. (srovnej Munden, 2002)

Přetrvávající potíže a vyplývající rizika, dále také pravděpodobnost selhání v jakékoliv profesní roli a problémy v mezilidských vztazích zvyšují riziko **asociálního chování**. Na poruchu chování můžeme pohlížet z různých úhlů pohledu, např. medicínského, psychologického, pedagogického a sociálního.

Z pohledu medicínského, dle MKN – 10, jsou poruchy chování u dětí definovány jako opakující se a trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (např. krádeže, rvačky a krutost vůči lidem a zvířatům, opakované lži, záškoláctví, útoky z domova).

Z psychologického hlediska je porucha chování chápána jako projev hledání náhradního uspokojení při ztrátě nebo opakované frustraci, při dlouhodobé citové deprivaci, při akutní tíživé situaci, při disharmonickém vývoji osobnosti nebo je projevem jiné závažné psychické poruchy. (Krejčířová, 2006, s. 241)

Z pedagogického pohledu jsou poruchy chování projevy chování dětí a mládeže, které nerespektují ustálené společenské normy. Vyskytují se hlavně u sociálně narušené mládeže, ale také u jedinců s jiným typem postižení. K jejich vzniku přispívá vliv nevhodného nebo nedostatečného výchovného působení a vlivy sociální nebo určité dispozice osobnosti na podkladě centrálního nervového systému. (Průcha a kol., 2001, s.170)

Z **pohledu sociologického** jde o chování, které je pro většinu lidí porušováním ustálených norem – ubližování zvířatům, lidem, trestná činnost. V sociologii se používá termín deviace a deviantní chování. Dle Havlíka (1999, s. 107): „Deviace totiž není nic jiného než chování odchylné od společensky přijatelných norem.“

2.1 Historie a současnost dětské psychiatrie

V České republice existuje dětská a adolescentní psychiatrie jako specializační obor již 40 let. V diagnostice i terapii úzce spolupracuje s oborem klinické psychologie a často zasahuje do oblasti etické, sociální, pedagogické a právní.

Dětská psychiatrie je relativně mladý obor. Jako nová medicínská disciplína byla ustanovena teprve na sjezdu švýcarské psychiatrické asociace v roce 1933. Shodou okolností v tomtéž roce Sigmund Freud vydal druhý díl teorie psychoanalýzy, která se soustředila na význam dětství.

V naší republice existuje dětská a adolescentní psychiatrie jako specializační obor 40 let a zaujala rovnocenné místo vedle psychiatrie pro dospělé. Podle současné koncepce pedopsychiatrie poskytuje odbornou péči dětem a mladistvým do 18 let.

Stejně jako v psychiatrii dospělých jsou psychiatrická nemocniční lůžková oddělení pro děti a mladistvé do 18 let určena k poskytování zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně. Zdravotní péče je poskytována v nepřetržité provozní době.

V České republice existuje pouze jedna samostatná Dětská psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Praha – Motol, která má 50 lůžek pro akutní péči. Dětská psychiatrická oddělení, která poskytují akutní péči, jsou součástí Psychiatrické kliniky Fakultních nemocnic v Brně a v Plzni. Dětská psychiatrická oddělení v rámci nemocnice jsou v Liberci a v Praze - Krči. V roce 2004 bylo zrušeno dětské oddělení na Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Olomouci. V Česku na poli dětské a dorostové psychiatrie rozlišujeme dva základní druhy péče. Jednou je akutní, které se věnují celkem čtyři zařízení, kam patří i Liberec, a druhou je následná, které se věnují tři samostatné dětské psychiatrické léčebny a dětská oddělení velkých psychiatrických léčeben. Obor dětská a dorostová psychiatrie je dlouhodobě v České republice na pokraji společenského i lékařského zájmu a čtyři místa akutní péče jsou na celou zemi absolutně nedostačující.

Dle primáře MUDr. Františka Čiháka, předsedy Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně a předsedy Výboru Sekce dětské a dorostové psychiatrie, jsou dnes největším problémem finance. Česká republika je druhý nejhorší stát na území Evropy z hlediska finančních investic do psychiatrie a dětská psychiatrie je na tom ještě hůře. (Prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., převzato ze serveru: www.ceskapsychiatrie.cz)

Získat lékaře, aby se specializoval v oboru dětské a dorostové psychiatrie, je velice náročné. Je to úzce specializovaný a složitý obor. Zánik všech dětských psychiatrií Ústeckého kraje již dost zkomplikoval situaci dětským pacientům v severních Čechách. Oddělení dětské psychiatrie v Liberci je od roku 2002 samostatným primariátem. Probíhají zde diagnosticko - terapeutické pobyty pro děti od 6 do 18 let, ambulantně jsou vyšetřovány i děti mladšího věku. Délka hospitalizace záleží na problematice, se kterou dítě přichází, průměrná délka je cca 6 týdnů.

Léčba spočívá v režimu, farmakoterapii, skupinové a individuální psychoterapii. Součástí léčby je také pracovní terapie, muzikoterapie, arteterapie a relaxační techniky. Školní výuka dětí je zajišťována přímo v budově zařízení speciálními pedagogy Základní školy Krajské nemocnice Liberec. K hospitalizaci jsou děti doporučovány dětským psychiatrem, psychologem, dětským lékařem, logopedem, případně též po dohodě s rodinou, školou, pedagogicko - psychologickou poradnou, odborem sociální péče apod. Do ambulancí jsou děti doporučovány různými specialisty v oboru lékařství, pedagogicko-psychologickou poradnou apod., stejně jako v případě doporučení k hospitalizaci. V rámci oddělení funguje dětská psychiatrická a psychologická ambulance, kde jsou prováděna specializovaná vyšetření dětí ve věku od 2 do 18 let.

Obracet se na ambulance mohou i samotní rodiče. Obě specializované ambulance provádějí poradenství, diagnostiku a terapii poruch celého spektra poruch oboru dětské psychiatrie. Vyšetření je nutno předem dohodnout telefonicky. Dětská psychiatrie je všeobecně opomíjená, ale poradenství v tomto oboru je stále více vyhledáváno.

Dětská psychiatrie je velice komplikovaný obor. Vyžaduje vysoce specializované lékaře a bohužel pro svou nízkou finanční lukrativitu není mezi mladými lékaři příliš vyhledáván.

Dalším problémem jsou smlouvy s pojišťovnami, které striktně požadují počet odborných lékařů na počet lůžek a na straně druhé je strohý fakt, že sehnat dětského psychiatra je téměř nadlidský úkol.

Lůžková zařízení pro poskytování akutní i následné péče v dětské psychiatrii jsou rozložena dosti nerovnoměrně podle geografické dostupnosti. V Čechách poskytují tři pracoviště akutní péči (Praha, Plzeň, Liberec), na Moravě pouze dětské oddělení na Psychiatrické klinice v Brně. Žádné lůžkové zařízení (akutní ani následné péče) nemají kraje Karlovarský, Královehradecký, Pardubický a Zlínský. V ČR existují místa, kde vzdálenost jakéhokoliv pedopsychiatrického lůžka je až 160 km (např. Broumov, Havlíčkův Brod). Velká vzdálenost od místa bydliště omezuje styk lékařů s rodiči dětských pacientů, zužuje prostor pro provádění rodinné terapie, komplikuje sociální šetření v místě bydliště a zatěžuje ekonomicky rodinu.

V každém geografickém regionu by měla být dostupná potřebná nabídka krátkodobé akutní hospitalizace. Cílem optimalizace sítě dětských lůžkových psychiatrických zařízení je efektivita poskytování zdravotní péče se zajištěním její kvality a zachováním dostupnosti, a to v souladu s koncepcí oboru pedopsychiatrie, Úmluvou o právech dítěte a Chartou práv hospitalizovaných dětí (viz. Příloha č. 1 – Charta práv hospitalizovaných dětí). (www.ceskapsychiatrie.cz)

O rozvoj dětského psychologického poradenství se v České republice zasloužil doktor Zdeněk Matějček, který společně s docentem doktorem Langmeierem publikoval práce o psychické deprivaci v dětství a jejich následcích pro další vývoj dítěte.

V současnosti se dětská a adolescentní psychiatrie zabývá zvýšeným počtem případů mentální anorexie a bulimie, klinická praxe ukazuje výrazný nárůst dětské agresivity a případů šikany. V posledním desetiletí byla často diagnostikována dětská deprese.

Statistické údaje v České republice ukázaly zvýšení počtu případů tělesného týrání a sexuálního zneužívání dětí. Také zneužívání psychoaktivních látek nejen adolescenty, ale už i dětmi základních škol, je stále častější problematika, se kterou se v dnešní době setkáváme. Stejně jako v ostatních zemích díky snadnější dostupnosti nelegálních psychoaktivních látek výrazně vzrostl počet drogově závislých mladistvých. U dětí a mladistvých je to spojeno s vysokou mírou rizika vzniku některých psychotických poruch, suicidálních (sebevražedných) pokusů, rizikem HIV infekce a antisociálního vývoje s horší prognózou než u dospělých. (Zdroj primářka oddělení Dr. Prouzová)

Významnost oboru podtrhuje skutečnost, že zhruba 15% dětské populace do 18 let trpí psychickými poruchami takového rozsahu, že jejich schopnost rozvíjet se a zvládat každodenní starosti je v dospělosti narušena. Všechny výzkumy také potvrzují návaznost těchto poruch na psychické poruchy v dospělosti.

V současné době fungují na mnoha místech České republiky krizová centra a linky bezpečí (např. Drop-in, K-centra), ve kterých se aktivně angažují psychologové, psychiatři a speciální pedagogové. V případě nutnosti diagnózy, řešení akutní situace nebo dlouhodobější léčby mohou kontaktovat tyto pracovníci dětská psychiatrická oddělení. Jedním ze čtyř zařízení v naší republice je Oddělení dětské psychiatrie v Liberci.

2.2 Oddělení dětské psychiatrie v Liberci

Dětské psychiatrické oddělení v Liberci bylo založeno primářem MUDr. Taušem v roce 1964. Nalézalo se v prostorách bývalého Wolkerova sanatoria s 35 lůžky. V roce 1993 bylo přemístěno do prostor bývalé mateřské školy na Králově Hájí a od roku 2002 je oddělení samostatným primariátem.

Oddělení dětské psychiatrie je detašovaným pracovištěm Liberecké nemocnice – je umístěno v budově se čtyřmi podlažími

- **suterén** – šatna dětí, prádelna, sklady všeobecného materiálu, výměňiková stanice, dílna
- **přízemí**
 - kanceláře – vedoucí lékař, psycholog, sociální pracovníce, staniční sestra
 - jídelna, kuchyňka, šatny sester, 2x sociální zařízení (1x personální, 1x pro ambulantní pacienty)

1. poschodí

- oddělení A – sesterna, sociální zařízení, sprchy, 13 lůžek – 3 pokoje po 4 lůžkách, 1 pokoj á 2 lůžka (v nutných případech slouží jako izolační pokoj)
- oddělení B – sesterna, sociální zařízení, sprchy, 13 lůžek – 3 pokoje po 4 lůžkách, 1 pokoj á 2 lůžka (v nutných případech slouží jako izolační pokoj)
- lékárna, sklad pomůcek

2. poschodí

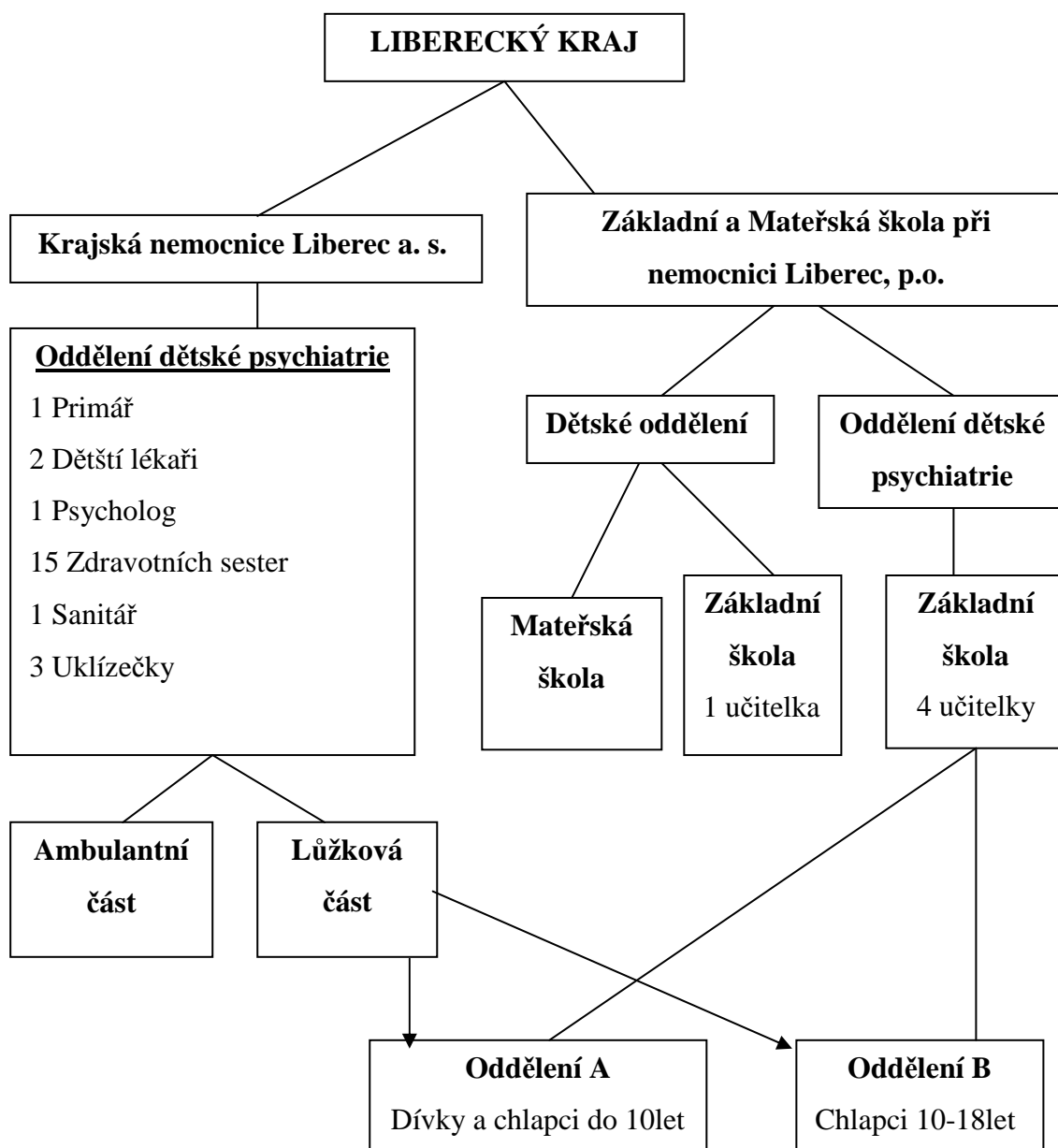
- základní škola – čtyři třídy, sborovna, sociální zařízení
- společenská místnost, tělocvična, sociální zařízení

V současné době má oddělení kapacitu 25 lůžek, která jsou určena dětem od 6 do 18 let věku a jejichž stav umožňuje docházku do školy. Ambulantně mohou být vyšetřeny i mladší děti. Primářkou oddělení je MUDr. Prouzová, dále jsou zde dva ošetřující lékaři, klinický psycholog, tým zdravotních sester a učitelský sbor.

Předmětem činnosti jsou diagnostické a terapeutické pobyty dětí, psychiatrická a psychologická vyšetření. V době letních prázdnin je zařízení využíváno pro logopedické pobyty dětí s vadami řeči.

2.2.1 Personální zabezpečení

V zařízení je důležitá mezioborová spolupráce. Níže je graficky znázorněno propojení resortu školství a zdravotnictví v popisovaném zařízení.



Legislativa upravující provoz tohoto zařízení

Dětské psychiatrické oddělení je lůžkovým oddělením Krajské nemocnice Liberec p.o., zahrnujícím také ambulantní část a základní školu při nemocnici.

Provozní řád je zpracováván podle platné legislativy ČR a dále dle platné interní legislativy Krajské nemocnice Liberec, například těmito zákony a vyhláškami:

Zákon č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění,

Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče,

Vyhláška č. 137/2004 Sb., o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných,
Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech,

Vyhláška č. 439/2000 Sb., ve znění vyhlášky č. 478/2000 Sb., vyhl. Č. 30/2004 Sb., očkování proti infekčním nemocem,

Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických pracovišť v platném znění,

Metodický návod č. 1/2000 Věst. MZ – Prevence virové hepatitidy typu A (HA), typu B (HB), typu C (HC), typu D (HD), typu E (HE),

Metodický návod č. 5/2003 k řešení problematiky infekce HIV–AIDS v České republice.

Ostatní platná legislativa Krajské nemocnice Liberec

Od 1. ledna 2008 byly zavedeny regulační poplatky podle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ambulantní vyšetření je hrazeno pacientem (zákonným zástupcem) ve výši 30,- Kč.

Při pobytu pacient hradí 60,- Kč za den, první a poslední den je započítáván pouze jako 1 den. Ostatní služby jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou pacienta.

V nejbližší době však opět dojde zřejmě k úpravě systému hrazení těchto poplatků. Pozměňovací návrhy jsou schvalovány v senátu.

Činnost základní školy je vymezena § 44 a činnost mateřské školy je vymezena § 33 zákona číslo 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou číslo 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a dalšími prováděcími předpisy.

Činnost školní družiny je vymezena § 111 a činnost speciálně pedagogického centra je vymezena § 116 zákona číslo 561/2004 Sb..(Zřizovací listina)

2.2.2 Oddělení dětské psychiatrie

Klient se dostane na oddělení dětské psychiatrie většinou na základě doporučení od obvodního lékaře, psychiatra, na doporučení školy – výchovných poradců, sociálních pracovníků – kurátorů, pedagogicko - psychologických poraden. Také samotní rodiče se mohou přímo obrátit, pokud si nevědí rady se svým dítětem. Klientem dětského psychiatrického oddělení se může stát přechodně i klient na základě rozhodnutí soudu o umístění do dětského diagnostického ústavu, dětského domova nebo výchovného ústavu, pokud v těchto ústavech není momentálně volné místo.

2.2.3 Hlavní důvody vyšetření a hospitalizace

- poruchy aktivity a pozornosti, poruchy chování na bázi ADHD
- poruchy chování ke vztahu k rodině
- kázeňské problémy ve škole
- záškoláctví
- krádeže
- útěky z domova
- nevhodná činnost v partách
- experimentování s drogou
- poruchy nálady – deprese, reakce na stres, sebepoškozující chování
- problémy se zařazením do kolektivu, poruchy přizpůsobení ve škole
- nadměrný strach a obavy
- dětské neurotické a psychosomatické poruchy (např. pomočování, tiky)
- citově deprimované, týrané a zneužívané děti
- problémy dětí v souvislosti s rodinnými konflikty – rozvody, úmrtí v rodině...

Malá charakterizuje, že :„Vyšetření psychického stavu dítěte je náročný, komplexní proces, který svým obsahem překračuje hranice psychiatrie a zahrnuje přístup obecně medicínský, vývojový, psychologický, sociální a pedagogický. Skládá se z odebrání podrobné zdravotní a sociální anamnézy, seznámení se s předchozí zdravotnickou dokumentací dítěte, z vlastního psychiatrického vyšetření, vyhodnocení (analýza a syntéza) získaných informací a stanovení diagnózy s terapeutickým plánem.“ (In. Hort, a kol., 2008)

Při nástupu na oddělení vyšetřující lékařka provádí vstupní pohovor s rodiči i dítětem/klientem.

Získává **anamnestické údaje**

- o celkovém vývoji klienta
- o problémech, které klient má
- kdy tyto problémy nastaly a jestli se zhoršují
- kde jsou problémy více patrné (škola x rodina x kamarádi)
- co tyto problémy zhoršuje nebo naopak
- jaký dopad mají tyto problémy na dítě (rodinu, spolužáky, školu)

Velice důležitá je také **rodinná anamnéza** – základní data o matce, otci, sourozencích a rodině.

Následuje **psychologické vyšetření**, které by mělo směřovat vždy k určitému cíli. Podle Malé (2006) psycholog často používá sestavu testů, jež mu vyhovují a to vždy ve stejném pořadí, tuto sestavu při nedostatku času zkrátí, jindy naopak doplní dalšími testy. To vede k pasivnímu způsobu práce. Pro psychologa je důležité co nejpřesněji označit, jakou část osobnosti potřebujeme prozkoumat.

V psychiatrii má dlouholetou tradici užívání posuzovacích stupnic a dotazníků. Propper (In Hort a kol., 2000) je rozdělil do šesti skupin – Obecné škály a dotazníky, škály pro hodnocení schizofrenie, škály pro hodnocení afektivních poruch, škály pro hodnocení úzkostných poruch, škály pro hodnocení poruch příjmu potravy a škály pro hodnocení dětského autismu.

Psychodiagnostické metody lze rozdělit na

- **metody výkonové** – inteligenční testy a soubory, testy speciálních schopností – hodnocení dětské kresby, neuropsychologické zkoušky a testy klinicky významných znalostí a dovedností
- **metody zaměřené na hodnocení osobnosti a posouzení interpersonálních vztahů** – dotazníky a posuzovací škály, projektivní techniky

Na oddělení dětské psychiatrie se zkoumá nejčastěji intelekt dětí, vývojová a školní zralost, poruchy sociálních vztahů, úzkostnost...

Klinický psycholog na oddělení dětské psychiatrie využívá nejčastěji

- při vyšetření intelektu baterie testů WISC III
- při zjištění školní zralosti a u dětí do 10let – kresby postavy, kresby začarované rodiny, testů rodinných vztahů ADOR, nedokončené věty, povídky
- u starších klientů – osobnostní testy – HSPQ – osobnostní dotazník, B – JEPI – zjištění extrovert x introvert x neuroticismus, CDI – dotazník ohledně depresí, CMAS – dotazník úzkostnosti
- na základě doporučení pedagogických pracovníků je možno s klientem udělat testy čtení, laterality, test dynamické praxe, test poruch učení, test únavnosti nebo tzv. test cesty (ADHD)

Při každém vyšetření je důležité, aby mělo dítě pocit bezpečí. Ordinace by měla být vybavena hračkami a herním materiálem a lékař by měl přizpůsobit vyjadřování tak, aby byl jeho projev srozumitelný i malému dítěti.

Vybavení oddělení dětské psychiatrie v Liberci je bohužel staré a nemoderní. I přes snahu personálu je zde podle našeho názoru mnoho věcí, které by se měly změnit (např. vybavení herny, vzhled ordinací i ostatních prostor).

Po vstupním rozhovoru se analyzují veškeré získané informace a určují se odlišnosti stavu zdraví od normy nebo očekávaných výsledků. Zjišťuje se, o jaký problém u klienta jde – psychosociální nebo tělesný. Jsou určovány aktuální, ale také

potencionální problémy a lékaři stanovují předběžnou ošetrovatelskou diagnózu, tj. standardní název (definice). Sepíše související faktory a individuální příčiny a také charakteristické projevy – symptomy a příznaky, kterými se pacient projevuje. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny za spolupráce klienta, jeho rodiny, a pokud je to možné (nutné), s dalšími ošetrovatelskými týmy (neurology...). Všechny tyto údaje jsou zapsány do přijímací zprávy. Rodiče (zákonní zástupci) i dítě/klient jsou seznámeni s režimem zařízení (viz Příloha č. 2 – Prohlášení zákonných zástupců dítěte, Příloha č. 3 - Záznam).

Do 24 hodin od příjmu klienta je sestaven písemný individuální plán ošetrovatelské péče.

Při jakémkoliv jednání nebo diagnostice je nutné informovat klienta o jménech (funkcích) všech osob účastnících se na jeho ošetrování/vyšetřování, o důvodu vedení anamnestického rozhovoru, o spolupráci při stanovení a řešení problémů, o plánu a cílech.

2.2.3.1 Ošetrovatelský postup

Cílem ošetrovatelského postupu je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu klienta.

Je to série plánovaných činností a postupů, které se využívají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče. Stav zdraví člověka je vyjádřením bio – psycho - sociální interakce (poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu/ zdraví celého organismu).

Ošetrovatelský postup má 5 fází:

1. Zhodnocení
2. Diagnostika
3. Plánování
4. Realizace
5. Vyhodnocení

K výkonům je oprávněn jen kompetentní personál (všeobecná sestra, dětská sestra, lékař).

Pomůcky využívané v ošetrovatelském postupu – sesterská dokumentace, zdravotnická dokumentace, seznam ošetrovatelských diagnóz, odborná literatura, pomůcky a přístroje k ošetrovatelským postupům, pomůcky a přístroje k preventivním a léčebným výkonům, výpočetní technika. (Standardní ošetrovatelský postup, 2005)

S klientem je nutné prokonzultovat důležitost těchto plánovaných kroků a navodit jeho pozitivní přístup, snahu spolupracovat a vést ho ke zlepšení jeho celkového stavu. Při realizaci je nutné vést stále podrobnou dokumentaci a podle nově zjištěných skutečností a možností klienta ji přizpůsobovat.

Během 6 týdenní hospitalizace se velmi často setkáváme s nereálným očekáváním ze strany rodičů. Není možné během takto časově omezeného období dítěti změnit žebříček hodnot, naučit ho respektu k pravidlům, respektování autorit aj.

Snahou celého týmu dětské psychiatrie je pomoci dětem, rodičům a učitelům, zvládat náročné situace a problémy. Včasná diagnostika a léčba psychických poruch během dětství je důležitá nejen z hlediska zvládnutí akutního stavu, ale jak potvrzují nové výzkumy, i z hlediska další dlouhodobé prognózy.

Volba konkrétních metod se řídí věkem dítěte, jeho mentální úrovní a v průběhu vyšetřování může být měněna podle zjištěných skutečností.

Terapie v zařízení spočívá především v režimu, který zahrnuje terapii – skupinovou, hromadnou, individuální - během celého dne probíhají individuální psychoterapie, v odpoledních hodinách se realizují psychoterapeutické skupiny, rozdělené podle věku, problému, někdy na chlapce x dívky... Na oddělení je neměnný denní režim.

Podle Říčana (2006) lze zahrnout **režimovou terapii** pod psychoterapii v širším smyslu, má však specifické rysy, pro které je vhodné ji zařadit zvlášť. Patří sem v některých případech činnosti, kdy psycholog není s nemocným v přímém kontaktu, spíše metodicky řídí práci středního zdravotnického personálu, např. pokud jde o organizaci volného času dětí na psychiatrických a pediatrických odděleních. Nuda je stejně patogenní faktor jako nevhodná stimulace. Není jistě pod úroveň psychologa navrhovat, které knihy a hračky mají být pro děti nakoupeny a jak má být oddělení vyzdobeno – nemluvě o konzultacích pro sestry, které mají s dětmi konflikty nebo na ně nevhodně působí, např. škodlivými tresty.

2.2.3.2 Denní režim oddělení

6.55 – 7.50

- ✓ buzení pacientů, hygiena, úklid osobních věcí ustlání lůžek – následné bodování této činnosti, rozcvička (v teplejších dnech možnost cvičení na zahradě), snídane, podávání léků

7.50 – 8.30

- ✓ probíhá komunita, kterou vede psycholog oddělení
- ✓ na komunitě jsou přítomny všechny děti, službu konající sestry a doktoři
- ✓ paní doktorka a sestry zde hodnotí chování
- ✓ každý má možnost se vyjádřit ke svému chování

8.30 – 13.00

- ✓ nástup do školy, škola je ve druhém patře budovy
- ✓ klienti jsou rozděleni do čtyř skupin podle věku, každá skupina má jednoho učitele a je v jedné třídě, má svůj rozvrh a vyučující přizpůsobuje výuku individuálně každému klientovi
- ✓ starší žáci mají výuku 3x týdně do 13.05, jinak jako ostatní do 12.10

13.00 – 14.00

- ✓ odchod klientů ze školy na příslušné oddělení
- ✓ po příchodu všech dětí ze školy - odchod na oběd - obě skupiny chodí do jídelny dohromady, pokud jsou problémy s chováním dětí, do jídelny chodí rozděleně
- ✓ podávání léků
- ✓ polední klid – probíhá lékařská vizita na pokojích

14.00 – 15.30

- ✓ dle ordinace lékaře mohou některé děti zůstat na oddělení se sestrou, která zajistí odpovídající program
- ✓ ostatní odchází ven na terapeutický program plánovaný psychologem (hry na zahradě, soutěže, vycházky po okolí, návštěvy kulturních zařízení...)
- ✓ program doplňuje pohyb a sportovní hry na přilehlém hřišti, celodenní výlety, vycházky, návštěva kina a jiné kulturní akce

15.30 – 16.00

- ✓ svačina (kontrola hygieny – WC, mytí rukou)

16.00 – 16.30

- ✓ autogenní trénink (relaxační techniky), zklidnění dětí

16.30 – 18.00

- ✓ domácí příprava do školy
- ✓ každá skupina má 1x týdně pracovní terapii => vytváření výrobků a následné vystavení v budově
- ✓ volné zaměstnání v herně a v tělocvičně (stolní tenis, společenské hry, TV, kreslení)

18.00 – 18.30

- ✓ večere, podávání léků
- ✓ po večeři klienti, kteří potřebují logopedickou péči, provádějí cvičení doporučená klinickým logopedem, který do zařízení dochází jednou za týden

18.30 – 19.00

- ✓ malá komunita – provádí sestra na oddělení – hodnocení celého dne a řešení problémů, které měly děti během odpoledne

19.00 – 19.30

- ✓ osobní hygiena, sprchování, mytí vlasů, stříhání nehtů...
- ✓ u dětí s enuresis – provádění enuretických cvičení – zaměřená na posílení svalů pánevního dna a zlepšení volního ovládání močení
- ✓ úklid a příprava na cvičení jógy

19.30 – 20.45

- ✓ cvičení jógy (relaxační techniky)
- ✓ uklidňující program před večerkou (čtení knih, pohádek, vyprávění skupině, společný poslech zklidňující hudby)

20.45 – 21.00

✓ večerka

21.00 – 6.55

✓ noční klid dětí

V rámci sesterského ošetrovatelského procesu mají sestry zavedenou primární ošetrovatelskou péči, což znamená, že má každá 2 – 3 klienty, o které se stará dle platného standardu po celou dobu pobytu. Během této doby je snaha, aby se klient odpoutal od svých problémů, zvládl dobře celkový režim dne a cítil se dobře po fyzické i psychické stránce. Tento cíl vyžaduje od celého týmu trpělivost, porozumění a profesionalitu.

Od října letošního roku bylo zavedeno nové hodnocení chování. Dříve byli klienti bodováni, kladnými body za dobře odvedenou práci, zápornými za nevhodné chování, agrese, odmítání, šikanování, ničení majetku... Při nástupu na oddělení je klient zařazen do bílé – neutrální skupiny. Od prvního dne je během dne neustále hodnocen – učiteli, zdravotními sestrami nebo lékaři. Asi po týdnu je dle svého chování zařazen do jedné ze tří skupin. Nyní má každý klient svůj arch, na kterém je hodnoceno celkově jeho chování - cca 20 oblastí, rozdělených do tří skupin

- zelená skupina = dobré chování – aktivita, úklid, jídelna, vycházka, služba, ochota, jóga/autogenní trénink, respektování pravidel, nekonfliktní chování
- žlutá skupina = zhoršené chování - úklid, jídelna, vycházka, služba, drobné porušení režimu, klackovitost, opozice, jóga/autogenní trénink, odmítání, vulgarismy
- červená skupina = provokování, úklid, drzost, agrese, šikana, jídelna, kouření, vycházka, služby, manipulace s léky, sebepoškozování, nevhodné sexuální chování, ničení majetku, krádeže, jóga/autogenní trénink

Pokud jsou klienti v první - **zelené skupině** – mají veškeré výhody – za odměnu mohou mít na víkend propustku, pokud se koná nějaká akce, mohou se jí účastnit (návštěva basketbalového, fotbalového nebo hokejového zápasu, návštěva kina).

Ve druhé – **žluté skupině**, jsou omezeny některé aktivity vyjmenované v předchozí skupině.

Následuje **skupina červená**, kde jsou klienti, jejichž chování je nevyhovující – jsou drzí, vulgární, nerespektují pravidla, ubližují ostatním, sobě, ničí majetek. Tito klienti mají přísnější režim, nemohou na propustku, nemohou se účastnit akcí mimo budovu, mají nařízenou povinnou pracovní terapii nebo jinou činnost, kterou jim určí lékařka (viz. Příloha č. 4 – Odpolední program pro děti, viz. Příloha č. 5 – Pokyny pro rozdělení do skupin)

Sestry denně provádějí přísnou kontrolu osobních věcí klientů, zaměřenou na nebezpečné předměty, cigarety, příp. drogy, ostré předměty...

Během dopoledních hodin, kdy se klienti učí ve škole, jsou přijímáni noví klienti a probíhají ambulantní vyšetření.

2.2.3.3 Vzdělávání na dětském psychiatrickém oddělení

Na základě změn školského zákona č. 561/2004 Sb., souvisejících předpisů a vyhlášky MŠMT 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, došlo ve speciálním školství ke změnám, které mění pojetí těchto škol a také podmínky pro jejich činnost.

Nejvýznamnější změnou je, že zcela zmizely termíny zvláštní škola a pomocná škola.

Nahradily je nové pojmy:

- Základní škola (upřesněno vyhláškou)
- Základní škola praktická (dříve zvláštní škola)
- Základní škola speciální (dříve pomocná škola)

Po úpravě se dělí základní škola praktická a základní škola speciální pouze na:

- 1. stupeň (1. – 5. ročník)
- 2. stupeň (6. - 9.ročník)

Zřizovatelem školy, která je na oddělení dětské psychiatrie, je Liberecký kraj. Přesný název organizace je Základní škola a Mateřská škola při nemocnici, Liberec, Husova

357/10, příspěvková organizace. Organizace je zřízena za účelem poskytování vzdělávání a výchovy žáků a je součástí výchovně vzdělávací soustavy.

Zvláštností oproti jiným nemocničním dětským oddělením je normální školní vyučování během celého týdne. To následuje po ranní komunitě.

Při nástupu klienta do zařízení, vyplní lékařka formulář (viz. Příloha č. 6 - Informace o dítěti). Klienti jsou ve škole rozděleni do čtyř oddělení podle věku a jsou vyučováni v podmínkách zdravotnického zařízení v redukovaném počtu hodin.

Po zařazení klienta do vyučování, je zaslán do kmenové školy dotazník na žáka (viz. Příloha č. 7 - Dotazník).

Žák si přinese s sebou své učebnice a sešity. Pro každého žáka vypracuje momentální třídní paní učitelka individuální pracovní plán, který je upraven po informacích z kmenové školy a podle kterého je vyučován po celou dobu pobytu.

V prvním oddělení jsou žáci 1. – 3. tříd, kteří mají denně 4 vyučovací hodiny. Každý den se vyučuje český jazyk a matematika, další hodiny je buď čtení, prvouka, pracovní činnosti nebo hudební výuka. Druhé oddělení navštěvují žáci 4. - 6. tříd, kde je základem také výuka českého jazyka a matematiky, ostatní předměty jsou vyučovány podle nemocničního rozvrhu, kdy každý naukový předmět je jednu hodinu týdně.

Ve třetím oddělení probíhá výuka žáků 6. – 7. tříd ZŠ a žáků ZŠ se speciálními potřebami, ve čtvrtém oddělení jsou žáci 7. - 9. tříd.

Pokud je na oddělení hospitalizován mladistvý, který již má ukončenou povinnou školní docházku, navštěvuje také školu a pracuje buď na učivu, které potřebuje ke svému dalšímu vzdělávání, nebo opakuje látku základní školy.

Po ukončení pobytu je psána hodnotící zpráva, jak žák pracoval během vyučování, jak zvládal novou látku, jak se choval mezi spolužáky, jaké bylo jeho chování vzhledem učitelům. Tato zpráva se zasílá do kmenové školy - jedna kopie zůstává ve škole a druhá ve složce dítěte.

Na běžné základní škole je od třetí třídy vyučován cizí jazyk. Na oddělení dětské psychiatrie je cizí jazyk (angličtina nebo němčina) zařazen do výuky dvakrát v týdnu.

Zvláštnosti při výuce ve škole jsou v několika rovinách:

- spojené ročníky
- každý žák má svůj individuální plán výuky
- většina žáků trpí zhoršenou koncentrací, jsou hyperaktivní
- různá úroveň adaptability
- impulzivní chování
- potíže – se základním učivem, časté nedostatky kvůli nesoustředěnosti, negativismu, lenosti
- nestejně pracovní tempo

Ve třídě je povolen maximální počet 8 žáků. Všichni jsou vyučováni podle vzdělávacího programu Základní škola.

Po vyučování jsou žáci převedeni o patro níž na oddělení, kde s nimi po odpoledním klidu dále pracují sestry dle předem naplánovaného programu. Kromě režimové terapie jsou na oddělení využívány metody, které jsou popsány v další kapitole.

2.2.3.4 Používané metody při pobytu klienta na oddělení

Využívanou metodou je **psychoterapie**, která má množství různě náročných variant, počínaje jednorázovou intervencí (např. u dítěte, které v akutní úzkosti odmítá spolupracovat při bolestivém výkonu), přes krátkou racionální psychoterapii, která jen o málo přesahuje poradenský rozhovor, až po velmi náročnou skupinovou terapii s odkrývajícími prvky nebo dlouhodobou individuální psychoterapii při závažné psychické poruše.

Psychoterapie na oddělení probíhaly pravidelně každý den a klienti byli rozděleni do skupin podle věku. V současné době probíhají sezení nepravidelně a skupinu klientů tvoří děti, které mají podobný problém.

Dále jsou používány **relaxační techniky** - autogenní trénink, jóga, pracovní terapie, muzikoterapie, arteterapie, canisterapie. V některých případech je však nutná i léčba léky.

Autogenní trénink - využívá představivosti k navození určitých tělesných stavů, které vedou k uvolnění organismu a mysli tzv. relaxaci. Návlek relaxace je základem

pro uplatnění dalších terapeutických autosugescí a prožitků. Jinou relaxační technikou, kterou je možné použít, může být *jóga* pro děti.

Pro *jógu* je podstatné vědomé a řízené provádění pohybu, využívání celkové i částečné relaxace (při částečné relaxaci část svalů pracuje, zatímco ostatní jsou uvolněné). Důležité je určité působení na psychiku, i když na psychiku podstatně působí i prosté tělesné cvičení. K charakteristickým znakům jógy patří dobrá integrace tělesného cvičení a relaxace do jednoho celku. Podstatné je, aby cvičení, ať už se bude nazývat jógou, rehabilitací nebo relaxací, dětem pomáhalo.

Při využívání relaxace a jógy u dětí je třeba brát v určité zvláštnosti dětského věku - děti mívají horší schopnost soustředění a menší trpělivost. Čas jim běží jaksí pomaleji. Relaxace a výdrže v pozicích bývají u dětí většinou kratší. Cvičení je třeba přizpůsobit věku dítěte. Obecně lze říci, že čím je dítě mladší, tím více se cvičení podobá hře, a čím je starší, tím více se podobá józe, jak ji praktikují dospělí. Aktivní vedení a podíl cvičitele je přirozeně u menších klientů výraznější. Děti jsou velmi citlivé vůči neverbálním složkám komunikace (tón hlasu, výraz tváře, gesta apod.), proto by ten, kdo cvičení vede, měl neverbálně komunikovat laskavě a vstřícně. Zvláště u oslabených a nemocných dětí je na místě značná trpělivost. Jazyk, kterým k dětem hovoříme, a obrazy, které používáme, by měly být blízké dětskému světu. Není proto divu, že v relaxačních postupech pro děti se setkáváme se sluníčky, hodnými maminkami medvědicemi, medvíd'aty, která spinkají v pelíšku, kytičkami atd.

Relaxace a jóga mírní u dětí a dospívajících i příznaky stresu, a je to tedy vhodný postup v prevenci a léčbě poruch vyvolaných nebo komplikovaných nadměrným stresem, snižují úzkosti a deprese. (http://www.help24.cz/index.php?page=druhy-terapie&view=autogenni_trenink, Nešpor, 2000)

Jógu lze využívat i u dětí se subnormním intelektem a dětí problémových. **Skupinový nácvik relaxace u žáků s hyperaktivitou zlepšuje chování, snižuje impulsivnost, zlepšuje pozornost, prospěch i sebevědomí.**

Při práci s dětmi na oddělení je využívána také *pracovní terapie* - tvůrčí činnosti. Některé činnosti pomáhají k sebevyjádření a sebeutváření osobnosti. Mají zčásti povahu hry, zčásti cílené činnosti.

U dětí se uplatňují především prostředky výtvarné, hudební, slovesné, dramatické. Výtvarné prostředky – dětská kresba či malba, vytváření předmětů z plastelíny nebo jiných materiálů poskytuje dítěti možnost hmotně se vyjádřit, odreagovat, vyzkoušet, změnit důležité momenty svého prožívání. Mohou sloužit jako jedinečný most mezi vnitřním světem dítěte a jeho terapeutickým ztvárňováním vnějšími prostředky v rozhovoru nebo v dramatizaci. (Říčan a kol., 2006, s. 507)

Vzhledem k tomu, že je oddělení dětské psychiatrie detašované, pracují sestry v odpoledních hodinách, večer a o víkendech samostatně, bez přítomnosti lékaře. V případě potřeby se obracejí na službu konajícího lékaře dospělé psychiatrie nebo dětskou pohotovost.

Během celého pobytu klienta je důležité pozorování, jak se chová v kolektivu vrstevníků, jak k jiné věkové skupině, k učitelům, ke zdravotnickému personálu. U klientů, kteří mají problémy na základní škole (v předškolním věku) a nezvládají výuku, je nutné zjištění intelektu, školní a také sociální zralosti, zkoušky čtení, psaní, matematických dovedností, diagnostika vývojových poruch učení... U klientů s problémy mezi vrstevníky, v rodině, se závislostí, používá paní doktorka testy a dotazníky (viz předchozí kapitola) k odhalení problémů, což vede k možnosti nápravy a k hledání lepšího, účinnějšího způsobu léčby.

2.2.3.5 Propouštění klienta

Při propuštění je vypsán stručný údaj o anamnéze, současné nemoci/diagnóze, jak dlouho probíhala hospitalizace a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby, včetně uvedení hlavní diagnózy (vedlejších diagnóz). Jsou zpracovány záznamy o dosavadní léčbě, seznam použitých léčivých prostředků, zdravotnických prostředků a všech výsledků provedených vyšetření.

Propouštěcí zpráva obsahuje doporučení na poskytnutí potřebné zdravotní péče, soupis doporučených léčiv nebo přípravků a jejich dávkování.

Během pobytu lékaři komunikují nejen s rodinou, ale pokud je potřeba, také s kurátory, sociálními pracovníky, policií, soudem, diagnostickým ústavem, dětskými domovy nebo výchovnými ústavami.

Při odchodu informuje lékař zákonné zástupce i dítě o probíhající léčbě a doporučí, co by mohlo dítěti a jeho okolí pomoci při řešení jeho určitého problému. Žádoucí je

pokračování v režimové terapii nadále i doma, v běžném životě. Dítě dochází pravidelně na kontroly k psychologovi v místě svého bydliště nebo na ambulantní oddělení dětské psychiatrie v Liberci.

2.2.4 Klientela dětské psychiatrie v Liberci

Na oddělení dětské psychiatrie v Liberci jsou umisťovány děti převážně školního věku. Proto se podrobněji zaměříme právě na toto věkové období. Školní věk trvá od nástupu do školy přibližně do 15 let (do ukončení povinné školní docházky).

Z pedagogického hlediska můžeme tento věk dále dělit na školní věk raný, střední a starší (popř. na mladší a starší školní věk). Během tohoto období by měl jedinec získat dovednosti pro náročnější hry, osvojit si čtení, psaní, počítání, vytvářet si zásobu pojmů, zařazovat se mezi vrstevníky, osvojit si mužskou nebo ženskou roli, utvářet zdravé sebevědomí, morálku, získávat nezávislost...

Pro popis klientely zařízení jsme zvolili dělení na mladší a starší školní věk. V praktické části se budeme zabývat především dětmi staršího školního věku a adolescenty.

2.2.4.1 Mladší školní věk

Vstup do školy je významným mezníkem v životě dítěte – má nové povinnosti a mění se také jeho sociální role. Začínají se systematicky rozvíjet všechny poznávací procesy a celá osobnost dítěte.

Školní zralost je nejčastěji hodnocena na úrovni tělesné, kognitivní, emoční a sociální vyspělosti dítěte. Předpokládá se, že dítě je schopno zvládnout školní nároky nejen z rozumového hlediska, ale že také se dokáže soustředit na úkol, akceptovat školní řád a má dostatečnou motivaci pro školní práci. (Kocourková, In Hort a kol., 2000)

Podle Langmeiera (1991) je mladší školní věk nazýván věkem střízlivého realismu. Dítě má tendenci pochopit vše opravdově, což se promítá do jeho myšlení, řeči, činností... Na druhé straně je to realismus naivní – závislý především na tom, co mu rodiče a především učitelé sdělí. Teprve kolem 12. roku dochází ke kritickému realismu, ve kterém se objevuje kritičtější postoj k autoritám. V tomto období si má dítě osvojit pocit vlastní snaživosti ve školní práci a ubránit se pocitům méněcennosti (úzkosti, že na nic nestačí). Dítě je hodnoceno hlavně ve škole. Ale od toho se odvíjí i jeho

postavení mezi kamarády, v rodině... Jeho úspěch či neúspěch ovlivňuje jeho sebehodnocení, ovlivňuje formování celé řady osobnostních vlastností. (Helus, 2003)

Dítě je nuceno přijmout roli školáka, je hodnoceno za svůj výkon a porovnáváno s ostatními dětmi. Osvojuje si vztah ke světu práce a perspektivu celoživotního uplatnění v něm. Pocit méněcennosti může být stimulem k vyšším výkonům.

Jak uvádí Říčan (2006), mohou trvalé neúspěchy vést k tomu, že pocit méněcennosti převáží, dítě kapituluje, stává se outsiderem a ztrácí důležitou složku životní perspektivy. K tomuto selhání může přispět řada příčin: subnormální inteligence, specifické poruchy učení, syndrom LMD, hyperaktivita, nejistota citového zázemí domova ústící ve školní fobii aj.

V tomto věku je jednou z nejdůležitějších potřeb – potřeba kontaktu s vrstevníky. Na konci mladšího školního věku ubývá kontaktů mezi chlapci a děvčaty. Dochází k identifikaci se spolužáky stejného pohlaví.

V oblasti morálního vývoje dítě chápe základní hodnoty a normy. V rámci svědomí ví, co se smí a nesmí, jaké chování je žádoucí i nežádoucí bez dohledu dospělého. Má zvnitřnělé příkazy a zákazy. Dítě samo opraví dospělého v případě nesprávného morálního soudu nebo chování – tzv. autonomní morálka.

Většina autorů píšících o tomto vývojovém období uvádí, že pokud je dítě přiměřeně přizpůsobeno požadavkům školy a má přijatelný prospěch, může být toto období relativně klidným.

2.2.4.2 Starší školní věk

Toto období můžeme nazvat také obdobím pubescentním a to má dvě fáze – fázi prepuberty (11 – 13 let) a puberty (do 15 let).

V prvním období se objevují první známky pohlavního zrání, sekundární pohlavní znaky, zrychlující se růstová křivka. V této fázi stále přetrvává ve skupině upřednostňování stejného pohlaví, opačné pohlaví je odmítáno. Mnoho autorů nazývá toto období druhým obdobím vzdoru a negativismu. Současně se zráním tělesným dochází nerovnoměrně i ke zrání psychickému a sociálnímu. Nyní se začínají uvolňovat vazby k rodině a začíná sílit vliv vrstevníků. Dítě si utváří svůj vlastní názor, přemýšlí o sobě, o tom, co se kolem něj děje a dochází k rozporům s okolím (s rodiči,

s kamarády). V tomto období je dítě velmi citlivé na cokoli, co se týká jeho osoby. U dívek to může být nespokojenost s váhou, s pletí... Je nutný citlivý přístup, opatrnost a hlavně tolerance.

Ve druhém období – období puberty - dochází k častým změnám nálad, vztahovačnosti, impulsivitě, snížení pozornosti... Myšlení je založeno nejen na logice, ale také na abstraktu – v tomto období dokáží mít děti velkou představivost, písemný projev i vyjadřování je obsahově bohatší. Často dochází k neuznávání autorit, děti už nerespektují někoho jen kvůli jeho postavení, ale pro určité vlastnosti, které uznávají. Přelom těchto dvou období je časem prvních lásek a emočních vztahů. Děti musí řešit i důležitou otázku dalšího studia, volby povolání.

2.2.4.3 Adolescence

Celé období dospívání (od puberty až po dosažení dospělosti) je obdobím, kdy je dítě velice citlivé, méně odolné stresu. Vytváří si vlastní identitu a vazby k rodině slábnou. Dospívající (15 – 18 let, popř. 22 let) často řeší zásadní otázky ohledně své budoucnosti – volby povolání, sexuální praktiky, orientace, volba partnera a rodičovství...

Pozn. Na oddělení mohou být umístěni pouze klienti mladší 18 let.

V tomto období je důležité brát dospívajícího jako partnera a při komunikaci s ním jednat jako se sobě rovným. V tomto období jsou adolescenti zranitelní, častěji upadají do deprese a je zde také zvýšené riziko sebevražedných sklonů.

2.2.5 Nejčastější diagnózy dětské psychiatrie

Primářka oddělení při rozhovoru uvádí, že obecně jsou za nejčastější poruchy klientů dětské psychiatrie uváděny tyto diagnózy:

Číselný kód	Diagnostická kategorie
F 10-19	Duševní poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
F 40-49	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
F 50-59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F 80-89	Poruchy psychického vývoje
F 90-99	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

Pro potřeby naší práce jsme podrobněji charakterizovali některé diagnózy v kategorii F 90 – F 99, jelikož předpokládáme častější diagnostiku právě těchto poruch.

F 90.0 *Porucha aktivity a pozornosti* – „jde o syndrom deficitu pozornosti nebo syndrom s hyperaktivitou a poruchou pozornosti.“

F 90.1 *Hyperkinetická porucha chování* – „užívá se tam, kde jsou splněna kritéria jak pro hyperkinetickou poruchu, tak i pro poruchu chování.“ (Šturma, In Říčan a kol., 2006, s. 180)

F 91.1 *Nesocializovaná porucha chování* – „porucha chování samotářského agresivního typu a nesocializovaná porucha. Jde o trvale disociální chování. Typickými znaky jsou agresivita k druhým, rvačky, vydírání, násilnosti, neposlušnost, hrubost, krutost k jiným lidem. Ale také ke zvířatům, opouštění domova v noci, útoky z domova, záškoláctví, zakládání ohně, vandalismus. Pro diferenciální diagnostiku jsou důležité trvale narušené vztahy k vrstevníkům, izolace, neoblíbenost, nedostatek přátel, jedinec je bez jakékoliv

empatie k jiným dětem, vrstevníkům, lidem a ke všemu živému. Vzácně může mít i k někomu celkem dobrý vztah, ale vždy chybí důvěrnost. Tato porucha obvykle v dospělosti krystalizuje do amorální, antisociální disociální poruchy osobnosti.“

(Malá, In Hort a kol., 2000, s. 319)

F 91.2 Socializovaná porucha chování – „patří do poruch chování s lepší prognózou. Dítě je zapojeno do skupiny přibližně stejného věku s určitým přátelstvím, rituály a strukturou organizace. Skupina nemusí vykazovat vysloveně delikventní aktivitu, i když nejčastěji tomu tak je. Mezi symptomy patří zapojení do skupiny, špatné vztahy k autoritám (k některým dospělým mohou být dobré), doma mohou být celkem dobré vztahy, ale vždy je specificky negativní vztah ke škole, krádeže s druhými, přechýny s partou (i týrání v partě), záškoláctví, agrese nebývá často...“ (Malá, In Hort a kol., 2000, s. 320)

F 92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí – „je to kombinace trvale vzdorovitého, agresivního a disociálního chování s výraznou emoční poruchou a neurotickými symptomy. Kromě poruch chování je častá úzkost, bázlivost, fobie, hypochondrie. Dále mohou být přítomny obsese a kompulze. Pokud se vyskytuje zřetelné trvalejší depresivní ladění, smutek, nezáměr a beznaděj střídané agresivitou, krádežemi, zneužíváním návykových látek a dalším asociálním chováním, jde o depresivní poruchu chování. Čím je dítě mladší, tím výraznější budou somatoformní poruchy – vegetativní dysfunkce, bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku a příjmu potravy.“ (Malá, In Hort a kol., 2000, s. 322)

Do teoretické části, diagnózy - V MKN – 10 jsou označeny písmenem „Z“ - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami. „Z 55 – 65“ jsou označeny diagnózy osob s potencionálně ohroženým zdravím ve vztahu k socioekonomickým a psychosociálním okolnostem. Kromě těchto základních diagnóz identifikujeme u většiny klientů i vedlejší diagnózy, jako např. Z 62.4 – Emoční (citová) deprivace a Z 62.0 – Výchovná insuficience.

Nejčastěji bývají diagnostikovány poruchy chování, což by měl potvrdit výsledek praktické části. Následující kapitola nás seznámí se základními informacemi o poruchách chování, se symptomy a četností výskytu.

V posledních letech přibývá také úzkostných a depresivních dětí a dospívajících, kteří svá trápení řeší tím, že jsou sami k sobě agresivní. Mluví se o takzvaném sebepoškozování či sebeubližování. Objevuje se zejména u dívek. Nejčastěji se děvčata řezou do rukou a do stehů, některé dospívající si také trhají vlasy, bijí se, škrábou se nebo si agresivně a do krve kousou nehty.

Podle jedné ze zahraničních studií sebepoškozování postihuje osmnáct procent dívek a osm procent chlapců. Nejčastějším důvodem dětských úzkostí a následného sebezraňování jsou většinou neutěšené rodinné vztahy, rozvod a hádky rodičů, ale také sexuální zneužívání. Za úzkosti, deprese a sebepoškozování dětí mohou také násilné filmy, televize a bulvární tisk. Přibývá obecně duševních poruch, protože společnost klade vysoké nároky na úspěch a výkon dětí i dospělých. Nelze opominout ani biologické příčiny, tedy vrozené dispozice k duševním nemocem.

(z <http://psychologie.doktorka.cz/sebeposkozovani-a-sebeublizovani-pribyva/>)

Sebepoškozování se objevuje nejvíce u starších dětí a dospívajících kolem 14. až 18. roku věku. Výjimkou ale není ani u mladších dětí či dospělých.

Na léčení se dostane jen zlomek z mladých lidí, kteří se sebepoškozují. Podle některých odborníků je sebezraňování dokonce módní záležitostí u určitých skupin mladých lidí. Na internetu se dají najít mnohé návody, jak si ublížit. Mladí lidé se na svých blozích svěřují s pocity úlevy, které jim řezání nebo pálení přináší.

Úzkosti a deprese, které doprovázejí sebezraňování, se léčí především psychoterapií. Vhodná je rodinná terapie, ovšem ne vždy jsou rodiče ochotní se jí podrobit. V léčbě pomáhají také léky, například antidepresiva.

2.3 Poruchy chování

2.3.1 Vybrané klasifikace poruch chování

Poruchy chování můžeme dělit z různých pohledů. Někteří autoři dělí poruchy podle příčiny, jiní podle dopadu jejich důsledků na sociální chování a s ohledem na vývoj poznatků v jednotlivých oborech, do kterých problematika poruch chování zasahuje. (Michalová, 2007, s. 19)

Nejčastější klasifikace poruch chování v psychiatrii jsou (podle Vágnerové, 1999)

- **Agresivní a neagresivní**

- *Agresivní* - šikana, vandalismus, přepadávání
- *Neagresivní* - lži, útoky a toulání

- **Poruchy chování s lepší prognózou a se špatnou prognózou**

- *poruchy chování s lepší prognózou*
 - porucha chování ve vztahu k rodině (tato porucha často vzniká v souvislosti s konfliktem s novým nevlastním rodičem)
 - socializovaná porucha chování (doma mohou být celkem dobré vztahy, ale vždy je specificky negativní vztah ke škole)
- *poruchy se špatnou prognózou* – jsou víceméně trvalé a kontinuální
 - nesocializovaná porucha chování (kombinace trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným narušením vztahů jedince k ostatním dětem – izolace, neoblíbenost) – v dospělosti obvykle amorální, antisociální disociální poruchy osobnosti nebo explozivní, impulzivní agresivní emočně nestabilní poruchy osobnosti
 - porucha opozičního vzdoru (u poruch chování mladších školáků do 10 let – vzdorovitě, neposlušné, provokativní chování – většina s věkem přechází do nesocializované poruchy chování)
 - dezinhibovaná příchyllost v dětství (zvláštní druh abnormálního sociálního zapojování, který vzniká během prvních pěti let života a který většinou přetrvává, i když se životní podmínky výrazně změní)

(podle Malé, In Hort, 2000)

- **Symptomatické, vývojové a výchovně podmíněné**

- *symptomatické*
 - patří k projevům příslušné psychické poruchy (např. agrese při psychoticismu, hyperaktivita při LMD)
 - jsou to poruchy chování, které jsou součástí psychických poruch, bývají motivačně nejisté nebo složitě motivované (jako je tomu u neuróz) nebo mají iracionální pohnutky, vymykající se rozumu, nesmyslné příčiny (jako tomu bývá u psychóz)

➤ *vývojové*

- poruchy chování v dětském věku mohou mít vývojový tzv. přechodný charakter. Poruchy chování mohou být také signálem poruchy osobnosti.
- delikventní chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti
- vývojové poruchy chování lze očekávat u každého dítěte, setká se s nimi každý rodič a vychovatel
- zvládnutí vývojových poruch chování je předpokladem dalšího zdravého vývoje osobnosti (např. kouření u pubescentů nemusí dospět až k poruchám chování)

➤ *výchovně podmíněné poruchy chování*

- vyplývají z nevhodných výchovných postupů a z nedostačujícího výchovného působení v rodině, ale také v širším sociálním prostředí (podle Špitze a Lesného, 1989)

V pedagogice se velmi často užívá dělení na **specifické a nespecifické poruchy chování**.

Pod pojmem specifické poruchy chování jsou chápány poruchy vzniklé vlivem působení různých exogenních a endogenních faktorů na podkladě existujícího a prokázaného oslabení nebo změn centrální nervové soustavy ve smyslu neurologického postižení, pojmem nespecifické rozumíme veškeré poruchy chování vzniklé z jiných příčin než poruchy chování charakteru specifického.

Vývojová psychologie sleduje duševní vývoj dítěte v porovnání s jeho vrstevníky. Znamky oslabení nervového systému se mohou projevat určitými vývojovými opožděními za normou příslušnou danému věku.

Ve čtyřech letech je již ve srovnání s vrstevníky dobře patrné, jak se které dítě soustředí a zda vydrží v klidu. Na problém jasně ukazuje, není-li ani ve čtyřech letech schopno návštěvy mateřské školy.

Před nástupem do školy se hodnotí tzv. školní zralost – u dětského lékaře, v pedagogicko - psychologické poradně, ve speciálně pedagogickém centru.

Ve své knize Michalová (2007, s. 53) píše, že by : „Diagnostika dítěte s poruchou chování měla být dlouhodobějším procesem, pro který jsou typické na sebe navazující

dílčí projevy dítěte, z nichž se vytvoří celkové jeho hodnocení. Má-li však být výsledkem komplexní zmapování osobnosti dítěte s poruchou chování, je důležité, aby výstupní zpráva byla analýzou, na jejímž podkladě by mělo následně docházet k intervenčním praktikám s dílčími cíli, kterými jsou snahy o to, aby dítě

- 1) dokázalo přiměřeným způsobem vycházet s lidmi
- 2) dodržovalo stanovené společenské normy
- 3) vyvíjelo se v duševně zdravého, harmonického člověka
- 4) docílilo své realizace v souladu s potencionálními předpoklady

Účelem diagnostiky by tedy mělo být podání objektivní informace a počáteční doporučení rodičům a pedagogickým pracovníkům.“

Specifické poruchy chování (SPCH) jsou nejčastěji vrozené – zděděné, získané při porodu nebo obojí, lze jejich příznaky pozorovat často již od narození.

Další klasifikací bývá dělení na chování

• **Disociální, asociální a antisociální**

- *Disociální* - chování, které se mírně vymyká běžným sociálním normám, tj. nesociální, nepřizpůsobivý, nespolečenský
- *Asociální* - chování nespolečenské, které neodpovídá mravním normám dané společnosti, nedosahuje však ještě úrovně ničení společenských hodnot jako u chování antisociálního, vandalismu aj.
- *Antisociální* - uvědomované protispolečenské chování kriminálního charakteru, které zahrnuje veškeré protispolečenské jednání dané trestním řádem společnosti

Poruchy chování jsou definovány jako opakující se a trvalé projevy disociálního a vzdorovitého chování, které trvá alespoň 6 měsíců nebo déle. Opakované porušování morálních norem a věku přiměřených sociálních očekávání. Jako poruchu chování tedy nelze označit jednorázové přestupky.

Vlastní vyšetření je v každém případě zahajováno důkladným rozбором disociálních projevů vyšetřovaného dítěte – tzn. úvodní rozhovor s dítětem a rodiči. Teprve po tomto rozhovoru mohou nastat další vyšetření. Diagnosticky významné je především objasnění motivace přestupků.

Je nutné zcela zhodnotit celkové prostředí kolem dítěte – v rodině, ve škole, zvážit možné deprivace některých základních potřeb dítěte, zaměřit se na eventuální známky ADHD, poruch učení a disociálního vývoje osobnosti, ale i na případné poruchy emocí či jinou psychopatologii.

„V diagnostice je důležitý také věk dítěte, musíme vycházet hlavně z psychologického vývoje. Např. v předškolním věku děti nemají ještě pevně ustálené morální normy a většina „lží“ nemá proto charakter poruch chování.“(Říčan, 2006, s. 243)

Jak jsme již výše zmínili, chování jedince musí obsahovat opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Každá z následujících uvedených kategorií chování, pokud je výrazná, dostačuje k potvrzení diagnózy poruchy chování, avšak ojedinělé disociální činy pro tuto diagnózu nestačí.

V literatuře se můžeme dočíst, že se mezi symptomy zahrnuje následující chování :

✓ **Agrese k lidem a zvířatům**

- častá šikana, vyhrožování, zastrašování
- vyvolávání pranic, bitek
- jako zbraně jsou používány předměty, které mohou těžce zranit druhé
- projevy fyzické agrese a hrubosti k lidem
- projevy fyzické agrese a hrubosti ke zvířatům
- při krádežích střety s obětí
- vydírání
- vynucování si sexuální aktivity

✓ **Destrukce majetku nebo vlastnictví**

- zakládání ohně se záměrem vážného poškození
- závažné ničení majetku druhých

✓ **Nepoctivost nebo krádeže**

- vloupání do domů, budov, aut
- opakované lhaní k získání prospěchu, výhody nebo vyhnutí se povinností, závazkům
- krádeže bez konfrontace s obětí
- padělání peněz

✓ **Vážné násilné porušování pravidel před třináctým rokem**

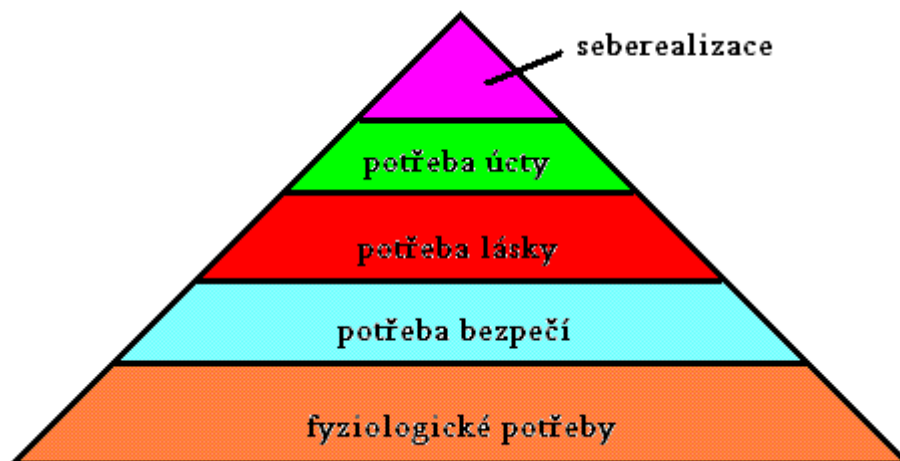
- opakované opouštění domova v noci i přes zákazy rodičů
- útoky z domova
- opakované záškoláctví
- velmi časté a intenzivní výbuchy zlosti
- vzdorovité a provokativní chování
- trvalá silná neposlušnost

Podle teorie A. Maslowa může být jednou z možných příčin agrese neuspokojení hlavních potřeb člověka jako je např. pití, jídlo, sex, pocit životní jistoty, uznání a úcta, seberealizace.

K nejvýznamnějším příspěvkům Abrahama Maslowa v psychologii patří hierarchie lidských potřeb, kterou obvykle zobrazoval jako pyramidu:

- fyziologické potřeby (potřeba potravy, tepla, vyměšování)
- potřeba bezpečí, jistoty (projevuje se především vyhýbáním se všemu neznámému, neobvyklému či hrozivému)
- potřeba lásky, sounáležitosti (vedou k touze někam a k někomu patřit, být přijímán a milován)
- potřeba uznání, úcty (být vážený, mít úspěch v očích jiných lidí a na tomto základě být sám sebou kladně hodnocen)
- potřeba seberealizace (naplnit své možnosti růstu a rozvoje)
- potřeby estetické (potřeba vytvořit harmonii, řád a krásu)

Pyramida Abrahama Maslowa



První čtyři kategorie Maslow označuje jako **potřeby nedostatkové**, pátou kategorii pak jako **potřeby růstové**. Obecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně a je doloženo, že uspokojování vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena. Za nejvyšší považuje Maslow potřebu **seberealizace**, jíž označuje lidskou snahu naplnit své **schopnosti a záměry**. (http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow)

Poruchy chování se podle MKN - 10 týkají diagnostických kategorií

- poruch chování (F91)
- poruch přizpůsobení (F43, 24, 25)
- poruch sociálních vztahů (F94.1, 2)

Obecně je poruchové chování vymezeno třemi základními znaky, uvedenými v roce 1994 v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM – IV)

1. **Chování nerespektující společenské normy** – jedinec není schopen pochopit význam norem a hodnot
2. **Neschopnost udržovat přijatelné sociální vztahy** – sociální chování je nepřiměřené pro nedostatek empatie, značné zaměření na sebe včetně snahy okamžitého uspokojování vlastních potřeb
3. **Agresivita jako rys osobnosti nebo chování** – emocionální prožitek chování je neutrální, agresivita jako způsob chování je typickým znakem reagování jedinců s poruchou chování (Michalová, 2004, str. 68)

Poruchy chování mohou v některých případech vést k disociální poruše osobnosti.

2.3.2 Četnost výskytu

Z hlediska pohlaví jsou více zastoupeni chlapci. Poruchy chování se projevují u 10 -15% dětí a adolescentů. Poměr chlapců k dívkám je udáván 4 - 12 : 1. Jsou mnohem častější u potomků antisociálních psychopatických dospělých.

Podle Vágnerové (1999) mluvíme o poruchách chování obvykle až ve středním školním věku, i když se u disponovaných dětí nebo za nepříznivých okolností objevuje

nežádoucí chování již v ranějším období. Takový projev může signalizovat budoucí závažnější poruchu, ale může mít i přechodné trvání u vývojové záležitosti.

2.3.3 Příčina vzniku

Rozhodujícím etiologickým činitelem poruch chování může být geneticky podmíněná dispozice (nejspíše ve smyslu disharmonického vývoje osobnosti neboli psychopatie) nebo nepříznivé výchovné vlivy, nejčastěji jde o jejich vzájemnou interakci => **multifaktoriální dispozice.**

Michalová (2007) uvádí : že „Lze předpokládat, že na vzniku poruch chování se podílejí vlivy nezasahující osobnost dítěte patologickými mechanismy. V tomto smyslu lze uvést především nedůslednou a nedostatečnou výchovu, která má za následek nevytvoření vhodných sociálních návyků, takže dítě svým chováním překračuje společenské normy. Poruchy chování jsou souborem odchylek v oblasti socializace jedince. Jedinec nerespektuje normy chování na úrovni, která odpovídá jeho věku a jeho rozumovým schopnostem.“

Důležité je nejen ovlivňování jedince společností, ale také to, jak jedinec okolní společnost a svět vnímá. Jaký na něj má vliv? Každý jedinec má své city, temperament, názory a každý vnímá své okolí jiným způsobem. Při společenské adaptaci si jedinec osvojuje hlavně ty normy chování, které jsou schvalovány jeho vlastní skupinou. V tomto případě může dojít i k porušování norem uznávaných většinou společnosti, protože je dítě takto vychováno svými rodiči nebo rodinou a tudíž má tyto zvyky naučené nápodobou.

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je pomocí získaných anamnestických údajů a rozhovorů se zdravotnickým personálem provést komplexní charakteristiku klientů Dětské psychiatrie v Liberci ve věkové kategorii staršího školního věku a nastínit jejich dosavadní vývoj a možné příčiny poruch chování.

Snažíme se zmapovat životy klientů prostřednictvím různých materiálů, které se z dostupných zdrojů podařilo shromáždit. Část informací o klientech byla získána studiem spisové dokumentace, další informace byly získány pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky, zdravotnickým personálem a třídními učiteli klientů.

Naší snahou bylo zjistit, jaké děti jsou klienty dětské psychiatrie. Jaká je jejich rodinná i osobní anamnéza a jestli ve spisové dokumentaci objevíme některá důležitá kritéria, která negativně mohou ovlivnit život dítěte.

Uvědomujeme si, že hluboké poznání problematiky by vyžadovalo dlouhodobější zaměření na životní cesty klientů. Z tohoto pohledu je třeba předloženou práci považovat za určitou mapující sondu, jež by měla vyzývat k hlubšímu ponoru do problematiky.

Zkoumaný vzorek byl vybrán po konzultaci s primářkou oddělení, doktorkou Prouzovou a se zdravotnickým personálem oddělení.

První předpoklad P 1 - předpokládáme, že u více než 70 % hospitalizovaných klientů dětské psychiatrie je diagnostikována porucha chování.

Poruchy chování se diagnostikují až ve starším školním věku, ale již v mladším školním věku mívá dítě typické nápadnosti v oblasti chování (neovladatelnost, sklon k agresi).

Druhý předpoklad P 2 - předpokládáme, že u více jak 1/3 klientů – chlapců s poruchou chování - byla diagnostikována již v mladším školním věku porucha pozornosti (ADD nebo ADHD).

Třetí předpoklad P 3, předpokládáme, že minimálně 1/3 rodičů klientů dětské psychiatrie je nebo byla v ambulantní psychiatrické péči či byla někdy v minulosti hospitalizována na psychiatrickém oddělení.

3.2 Použité metody a metodika průzkumů

Vzhledem ke zvolenému tématu bakalářské práce bylo za výzkumnou metodu zvoleno studium zdravotnické dokumentace. Tato metoda nejlépe umožňuje získat objektivní a potřebná data o cílové skupině. Jde o metodu, pomocí níž lze získat základní údaje (tzv. tvrdá data) o klientovi, která mají objektivní hodnotu. Při zkoumání a následném použití dokumentace je samozřejmostí neudávání identifikujících údajů o klientovi vzhledem k zákonu na ochranu osobních dat. Studium anamnestických údajů a dalších dokumentů (doporučení dětských lékařů, psychologická vyšetření, soudní posudky atd.) hospitalizovaných dětí jsme se snažili získat náhled na předchozí život dětí a na jejich problémy před umístěním na dětskou psychiatrii. Sběr dat započal na začátku školního roku v září 2007 a studium dokumentace pokračovalo až do října 2008. Sběr dat se uskutečnil v archivu dětského psychiatrického oddělení v Liberci, kde je k dispozici zdravotnická dokumentace pacientů, kteří prošli léčbou na oddělení dětské psychiatrie. V návaznosti na téma bakalářské práce jsme se zaměřili pouze na klienty starší 12 let, z důvodu zaměření práce na poruchy chování. Přístup ke zdravotnické dokumentaci byl umožněn se souhlasem primářky psychiatrického oddělení a po podpisu slibu mlčenlivosti.

Za pomoci psycholožky oddělení jsme se nejdříve seznámili s principy vedení zdravotnické dokumentace a byly nám vysvětleny některé lékařské pojmy, které se v praxi užívají. Díky těmto informacím bylo možné vyhledat v dokumentech potřebná data, která se stala zdrojem pro výzkumnou část bakalářské práce.

Zdravotnická dokumentace byla k dispozici v podobě zdravotnických karet klientů, přijímacích zpráv a dalších důležitých zpráv ze speciálních vyšetření. Z dostupných materiálů jsme získali veškeré podrobné údaje o dětských pacientech a mohli si tak jednotlivé informace zapisovat a třídit za pomoci výpočetní techniky.

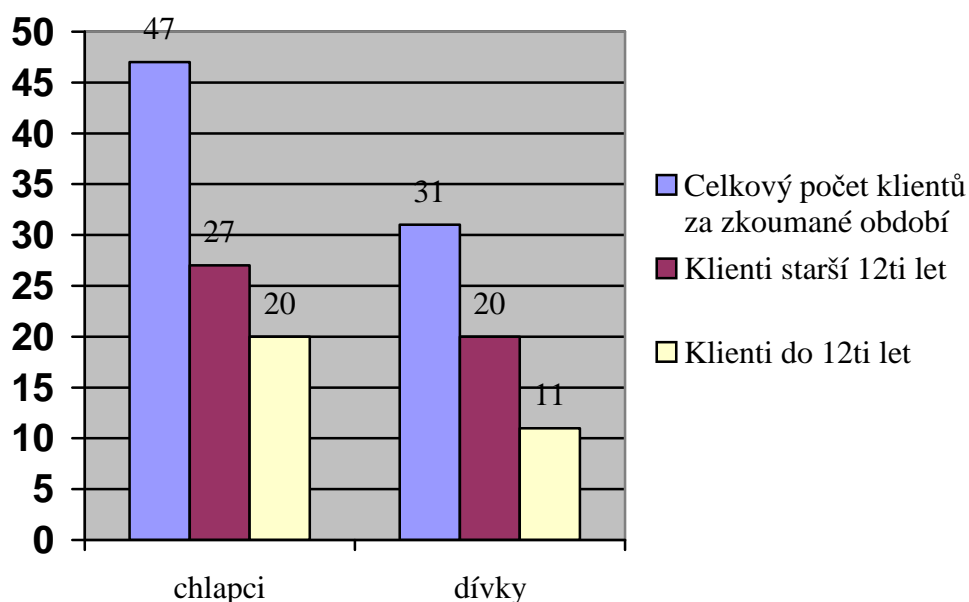
Při další práci jsme použili také přímé **pozorování**, a to v případech, kdy jsme byli sami účastníky sběru dat a informací.

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro průzkum do bakalářské práce byla vybrána věková skupina 12-ti až 18-ti letých pacientů, kteří byli v první polovině minulého školního roku hospitalizováni na Dětském psychiatrickém oddělení v Liberci. Jsou to všechno klienti školního věku. Mají povinnou školní docházku, kterou nepřerušují ani během hospitalizace.

Během sledovaného období bylo celkem hospitalizováno 78 klientů, z toho bylo 47 chlapců a 31 dívek. Z celkového počtu klientů hospitalizovaných na dětské psychiatrii vyhovovalo věkovému limitu dvanácti let 27 chlapců a 20 dívek.

Graf č. 1 - Složení klientely DPO v daném období



Na oddělení jsou umisťováni klienti, kteří mají poruchy chování, jsou tu kvůli pokusům o sebevraždu, nočním děsům, záškoláctví, neshodám v rodině, neuznáváním autorit, kvůli útěkům, kvůli šikaně a dalším problémům, které je nutno řešit. Klienti jsou na oddělení hospitalizováni 6 až 8 týdnů a po tuto dobu jsou pozorováni, dělají různé psychologické testy, jsou pod dohledem paní psycholožky a psychiatra.

3.4 Presentace a interpretace dat

Tato kapitola je věnována rozboru dat získaných studiem dokumentace dětských pacientů. Prvním krokem bylo tématické vytřídění dat, druhým krokem hledání společných znaků, použitelných pro srovnávací analýzu. Takto vytvořené portfolio je následně použito pro shrnutí předpokladů bakalářské práce.

Grafické znázornění včetně doprovodného komentáře je rozděleno do dvou základních částí:

- 1) Rodinný profil - základní rodinná anamnéza – rodina – úplná x neúplná, vzdělání rodičů, počet sourozenců a hereditární zátěž v rodině
- 2) Osobnostní profil - charakteristika – věková skladba klientů, důvod hospitalizace, skladba diagnóz, zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami a také problémy se sebepoškozováním

Se souhlasem lékařek jsme mohli zpracovat anamnestické údaje klientů hospitalizovaných během prvního pololetí minulého roku školního roku. Z celkového počtu 78 klientů bylo během prvního pololetí školního roku 2007/2008 hospitalizováno 20 dívek ve věku od 12-ti do 18-ti let a 27 chlapců také v tomto věku.

Z dokumentace, která je řádně vedena u každého hospitalizovaného dítěte jsme se zaměřili **na diagnózy** hospitalizovaných klientů, **na vlivy a projevy** možných poruch chování.

3.4.1 Rodina, ve které klienti dětské psychiatrie vyrůstají

Rodina hraje klíčovou roli při výchově dětí jako primární sociální skupina, kde se tvoří základní vazby a intimní citové vztahy. V tabulce si můžeme povšimnout, že 77% klientů dětské psychiatrie žije v neúplné rodině jen s matkou nebo s matkou a jejím novým partnerem a jen pouhých 23 % klientů žije v původní, úplné rodině.

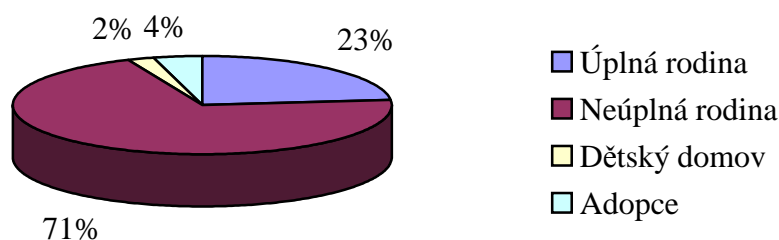
Tabulka č. 1 - Rodina

	Rodina úplná	Rozvedení rodiče	Dětský domov	Adopce
Chlapci	7	19	0	1
Dívky	4	14	1	1
Celkem	11	33	1	2

Většina klientů vyrůstá v neúplné rodině a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že klienti nemají správné sociální vzory a role. Jelikož nápodoba je jedním z hlavních způsobů učení, můžeme předpokládat, že klienti se budou napodobovat jím známé vzorce chování. Na chlapce žijící ve společné domácnosti pouze s matkou může mít absence mužského vzoru velmi negativní dopad. Často se ujímají vedoucí role v rodině a tím dochází k neshodám s matkou a postupem času také s okolím.

V dnešní době není výjimkou, že při rozvodových řízeních je dítě dáno do střídavé péče oběma rodičům, někdy pouze do péče otce. Přesto žádný z klientů dětské psychiatrie není ve stálé péči otce.

Graf č. 2 - Rodina



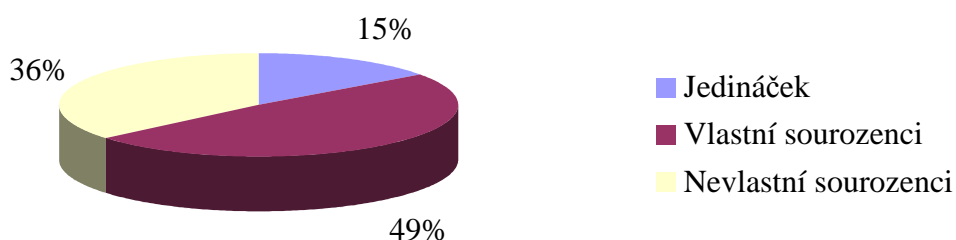
Graf vypovídá o vysokém procentu klientů žijících v neúplné rodině, tato skutečnost může být i jednou z příčin problémů v chování klientů.

3.4.2 Počet dětí v rodině

Tabulka č. 2 - Sourozenci

	Jedináček	Vlastní sourozenci		Nevlastní sourozenci	
		1 sourozenec	2 a více sourozenců	1 sourozenec	2 a více sourozenců
Dívky	0	6	2	4	8
Chlapci	7	10	5	2	3
Celkem	7	23		17	

Graf č. 3 - Sourozenci



Tabulkou č.2 bylo zjištěno, že ve zkoumané skupině hospitalizovaných klientů žije 7 klientů ve vlastní rodině jako jedináček, 23 klientů se svými vlastními sourozenci a 17 klientů se svými nevlastními sourozenci. Z grafu č. 3 je zřejmé, že téměř polovina klientů vyrůstá se svými vlastními sourozenci a druhá polovina buď sama nebo s nevlastními sourozenci. Ze zjištěných údajů není možné vyvodit nějakou souvislost mezi poruchami v chování klientů a v jejich soužití s vlastními nebo nevlastními sourozenci.

V dnešní době je častým jevem zakládání nových rodin a tím mnoho dětí získává tzv. nevlastní sourozence. V každé rodině jsou stanovena určitá nepsaná pravidla k výchově dětí, k chodu celé domácnosti. Pokud se takováto rodina rozpadne

a je založena nová, záleží velice na toleranci a ochotě všech nových členů k vytvoření nových „rodinných“ pravidel. Dítě ztrátou své původní rodiny ztrácí pocit bezpečí a získává pocit nejistoty. I z tohoto podnětu mohou nastat problémy, které vedou k výchovným problémům.

3.4.3 Vzdělání rodičů

Jak uvádí Vágnerová (In Říčan, 2006) - vliv prostředí a podíl dědičnosti na psychických vlastnostech jedince se velmi těžko určuje, jelikož na jedince působí řada různých faktorů. Intelligence je příkladem psychické funkce dědičně multifaktoriálním způsobem. Její kvalita vždycky závisí na dědičných předpokladech, ale může ji významným způsobem ovlivnit i výchova a vzdělání. Intelligence rodičů ovlivní kvalitu intelektového vývoje jejich potomků jak biologicky, tak působením rodinného prostředí, které tito rodiče vytvoří. Odhady míry dědičnosti a dispozic k rozvoji rozumových schopností kolísají v rozmezí 50 – 70 %.

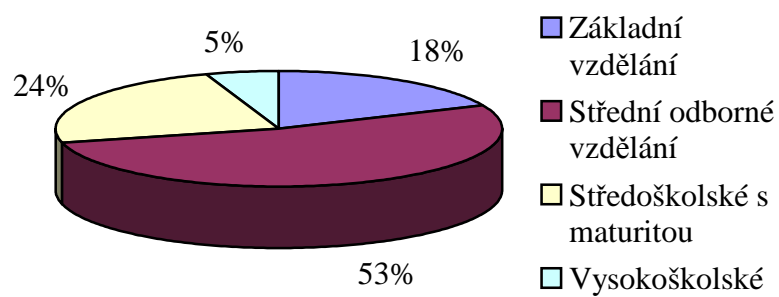
Na oddělení dětské psychiatrie je měřena výše intelligence pouze některým klientům a to na základě žádosti ze základní školy. Většinou je to z důvodu školního neúspěchu – nedostatečnost znalostí pro setrvání na běžné základní škole a žádost o doporučení, prokonzultování a vysvětlení rodičům výhody přerazení jejich dítěte ze základní školy do základní školy praktické nebo speciální.

Z dostupné dokumentace byly získány skutečnosti zapsané v níže uvedených tabulkách – v tabulce č. 3 a v tabulce č. 4. Pro přehlednost grafů jsou údaje v tabulkách rozděleny zvlášť na rodiče chlapců a rodiče dívek.

Tabulka č. 3 – Vzdělání rodičů – dívky

Dívky	Základní vzdělání	Střední odborné vzdělání	Středoškolské vzdělání s maturitou	Vysokoškolské vzdělání
Matka	3	10	4	2
Otec	4	10	5	0
Celkem	7	20	9	2

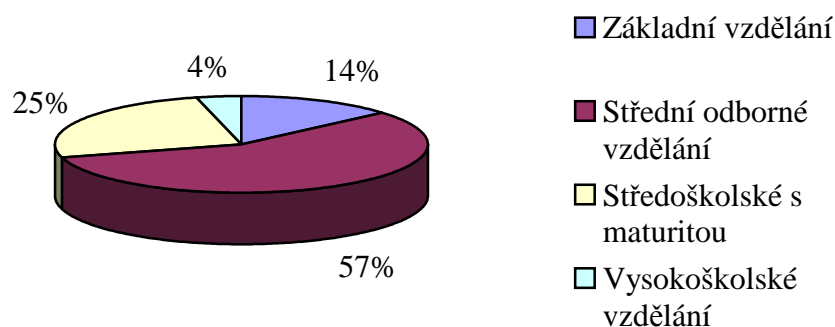
Graf č. 4 - Vzdělání rodičů - dívky



Tabulka č. 4 - Vzdělání rodičů - chlapci

Chlapci	Základní vzdělání	Střední odborné vzdělání	Středoškolské vzdělání s maturitou	Vysokoškolské vzdělání
Matka	5	13	7	2
Otec	5	16	6	0
Celkem	10	29	13	2

Graf č. 5 - Vzdělání rodičů - chlapci



Z výsledků průzkumu vyplývá, že více než 50 % rodičů, jak u dívek, tak u chlapců, má dosažené střední vzdělání bez maturity. Celkově 76 % rodičů nemá vyšší vzdělání než střední odborné. Tyto výsledky ukazují, že poruchy chování se častěji vyskytují u klientů z rodin s nižším vzděláním. Zároveň to může poukazovat na skutečnost, že rodiče s vyšším vzděláním si buď nepřipouštějí poruchy svých dětí nebo pokud nastanou, snaží se je řešit sami.

Z výsledků rovněž vyplývá, že v procentuálním vyjádření není rozdíl mezi vzděláním rodičů chlapců a dívek.

3.4.4 Psychiatrická anamnéza v rodině

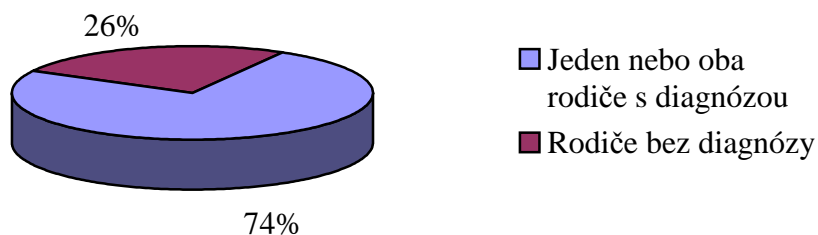
„Příčiny poruch chování a dalších psychiatrických diagnóz jsou různé. Všeobecně je známo, že není důležitá pouze výchova, ale také prenatální a perinatální vývoj jedince.“ (Michalová, s. 42, 2007)

Vágnerová (In Říčan, s. 63, 2006) uvádí, že: „poruchy pozornosti se projevují až v dospívání, i když typické projevy lze pozorovat již dříve. Jejich vznik závisí na komplexu mnoha různých faktorů, určitou roli mohou mít i genetické dispozice. Předpoklady ke vzniku osobnostní poruchy jsou dědičné multifaktoriálně, jde tudíž o komplex většího počtu genů, jejichž dotace ovlivní i míru projevu v oblasti chování, resp. prožívání.“

Tabulka č. 5 – Psychiatrická anamnéza v rodině

	Matky s diagnózou	Otcové s diagnózou	Oba rodiče s diagnózou	Otcové bez diagnózy
Chlapci	3	9	7	8
Dívky	5	6	5	4
Celkem	8	15	12	12
	Rodiče s diagnózou			Bez diagnózy
Celkem	35			12

Graf č. 6 – Psychiatrická anamnéza v rodině



Tabulka č. 5 potvrzuje fakt, že u hospitalizovaných klientů je vysoce zastoupen vliv dědičnosti. U dívek je počet matek a otců s diagnózou vyrovnán, u chlapců je trochu vyšší počet otců s diagnózou. Z grafu č. 6 je patrné, že ze zkoumaného vzorku klientů má v rodině psychiatrickou diagnózu stanovenou celých 74 % z rodičů. Předpokladem č. 3 jsme předpokládali, že minimálně 1/3 klientů má v rodinné anamnéze někoho s psychiatrickou diagnózou. Z tabulky č. 5 a grafu č. 6 je patrné, že tento předpoklad byl skutečností několikanásobně převýšen.

3.4.5 Věková skladba klientů

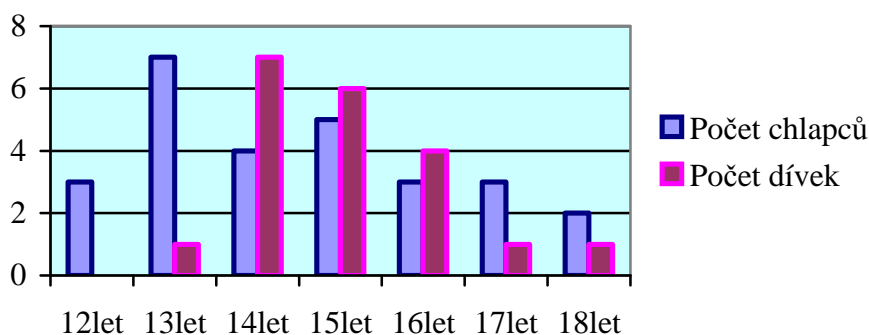
Během sledovaného období bylo hospitalizováno celkem 78 klientů, z toho 47 chlapců a 31 dívek. Vzhledem ke skutečnosti, že poruchy chování mohou být diagnostikovány až po 12. – 13. roce, byla analyzována v praktické části skupina klientů starších 12 let. Z celkového počtu klientů hospitalizovaných na dětské psychiatrii vyhovovalo věkovému limitu 12 let 27 chlapců a 20 dívek.

Z analýzy věkové skupiny vyplývá, že ve výběrovém vzorku zůstalo 60 % klientů z celkového počtu hospitalizovaných - vzorek chlapců tvoří 57 % a vzorek dívek 64% z celkového počtu. Toto procentové vyhodnocení vytváří určitý obraz o hospitalizovaných klientech. Můžeme pozorovat, že se poruchy chování u dívek a následná hospitalizace objevuje spíše až ve starším školním věku, kdežto u chlapců je počet hospitalizovaných klientů ve věku od 6 – 12 let skoro vyrovnaný s počtem klientů staršího školního věku. Potvrzuje se tedy všeobecně známá statistika, že chlapci mladšího věku častěji trpí poruchou pozornosti a hyperaktivitou než dívky.

Tabulka č. 6 – Věk klientů

Věk	Chlapci	Dívky	Celkem
12 let	3	0	3
13 let	7	1	8
14 let	4	7	11
15 let	5	6	11
16 let	3	4	7
17 let	3	1	4
18 let	2	1	3
Celkem	27	20	47

Graf č. 7 – Věk klientů



3.4.6 Důvody hospitalizace

Důvody hospitalizace klientů na oddělení dětské psychiatrie, byly popsány v teoretické části v kapitole 2.3.4. Hlavní důvody vyšetření a hospitalizace, mohou být různé.

Indikátorem kontaktu klientů s dětským psychiatrickým oddělením mohou být rodiče, škola, psychiatr nebo pracovníci OSPODu (kurátoři, sociální pracovníci).

Tabulka č. 7 – Důvod hospitalizace

Důvod hospitalizace											
	Doporučení dětského lékaře		Doporučení psychiatra					Dopor. rodiny		Dopor. kurátora	Překlad z dětského oddělení
	Záškolačtí	Pokus o sebevraždu, sebepoškozování	Záškolačtí	Sebepoškozování	Poruchy chování	Agresivita	Porucha příjmu potravy	Poruchy chování	Sebepoškozování	Záškolačtí	Pokus o sebevraždu
Chlapci	1	1	2	0	13	1	0	4	1	2	2
Dívky	0	2	1	3	4	0	1	0	3	2	4
Celkem	4		25					8		4	6

Tabulka č. 7 ukazuje, že nejpočetnější skupina klientů je hospitalizována na doporučení psychiatrů z ambulancí, které navštěvují v místě bydliště. Naznačuje dále, že oddělení dětské psychiatrie není obvykle prvním stupněm při řešení problémů. Rodiče, jejichž děti měly problémy ve škole, s vrstevníky nebo celkově se svým chováním, řeší většinou tyto problémy nejprve s výchovným poradcem ve škole nebo s obvodním lékařem. Pokud problém přetrvává, obrací se na pedagogicko – psychologické poradny, střediska výchovné péče a na psychiatry v místě bydliště. Pokud ani ambulantní péče problémy nevyřeší, pak je teprve dítě hospitalizováno na oddělení dětské psychiatrie.

3.4.7 Diagnózy klientů dětské psychiatrie

MKN – 10 označuje duševní poruchy a poruchy chování písmenem „F“ a dále pak podle druhu do dalších podskupin. Viz tabulka č. 8 níže.

Tabulka č. 8 – Diagnózy klientů

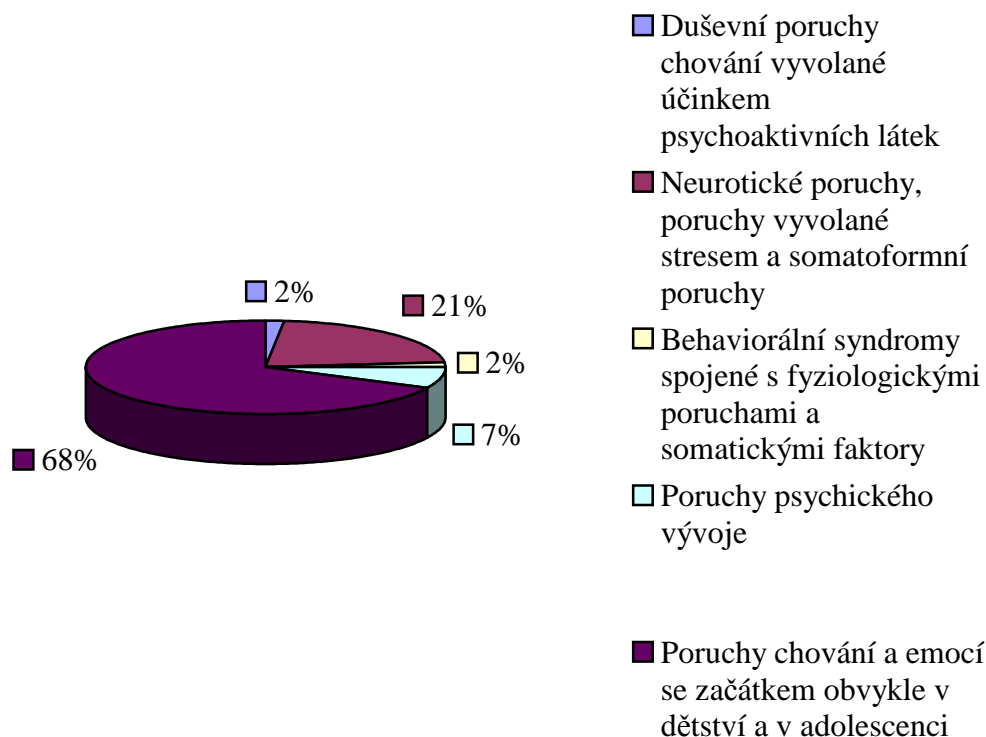
Číselný kód	Diagnostická kategorie		Chlapci	Dívky	Celkem
F 10-19	Duševní poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek		0	1	1
	F10.1	Poruchy vyvolané alkoholem – škodlivé užívání	0	1	1
F 40-49	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy		3	9	12
	F40.2	Specifické (izolované) fobie	1	0	1
	F43.0	Akutní reakce na stres	1	0	1
	F43.1	Posttraumatická stresová porucha	0	1	1
	F43.2	Poruchy přizpůsobení	1	8	9
F 50-59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory		0	1	1
	F 50.9	Porucha příjmu jídla nespecifikovaná	0	1	1
F 80-89	Poruchy psychického vývoje		4	0	4
	F 81.1	Specifická porucha psaní	1	0	1
	F 81.3	Smíšená porucha školních dovedností	2	0	2
	F 84.5	Aspergerův syndrom	1	0	1
F90-99	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci		26	12	38
	F 90.0	Porucha aktivity a pozornosti	2	0	2
	F 90.1	Hyperkinetická porucha chování	4	0	4
	F 91.1	Nesocializovaná porucha chování	3	0	3
	F 91.2	Socializovaná porucha chování	6	4	10
	F 92.0	Depresivní porucha chování	1	1	2
	F 92.8	Jiné smíšené poruchy chování a emocí	8	7	15
	F 95.0	Tikové poruchy	1	0	1
	F 98.0	Neorganická enuréza	1	0	1

Celkový součet základních diagnóz uvedený v těchto tabulkách je vyšší než zkoumaný vzorek klientů – z toho vyplývá, že někteří klienti mohou mít souběžně více základních diagnóz.

Například se objevuje

- socializovaná porucha chování společně s duševní poruchou chování vyvolanou účinkem psychoaktivních látek
- poruchy přizpůsobení nebo poruchy chování
 - s disharmonickým vývojem osobnosti
 - s noční a denní enurézou
 - s depresivní poruchou
 - se separační úzkostí

Graf č. 8 – Diagnózy klientů



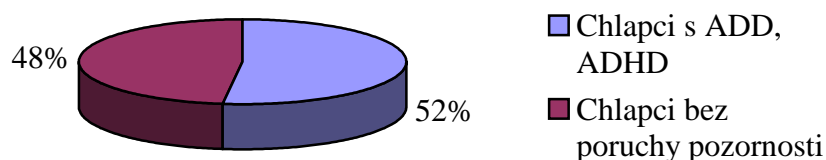
3.4.8 Porucha pozornosti ADD a porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD

Klíčovými symptomy ADHD jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Proto se tento problém začíná většinou projevovat již v předškolním věku a následně hlavně při nástupu na základní školu. V této době bývá často dítě diagnostikováno v pedagogicko – psychologické poradně. Všechny tři klíčové symptomy mohou vážně postihnout schopnost dítěte učit se. Takto postižené děti většinou začnou zaostávat za ostatními, začínají selhávat a často také vyrušují svým neustálým pohybem. Postupem času se k ADD, ADHD mohou přidávat i další psychické potíže, jako například porucha opozičního vzdoru, porucha chování, asociální nebo delikventní chování, deprese, úzkostné poruchy a také emoční problémy a problémy v oblasti sociálních dovedností. (Munden, 2002)

Tabulka č. 9 – ADD, ADHD

	ADD nebo ADHD	Bez poruchy pozornosti
Dívky	3	17
Chlapci	14	13
Celkem	17	30

Graf č. 9 – Chlapci s ADD nebo ADHD



V tabulce č. 9 je dle statistiky vidět velký rozdíl mezi dívkami a chlapci se syndromem ADD nebo ADHD. Potvrdilo se tvrzení, které můžeme najít v odborné literatuře např. Vágnerová (1999) a to, že je daleko větší výskyt tohoto syndromu u chlapců.

3.4.9 Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami

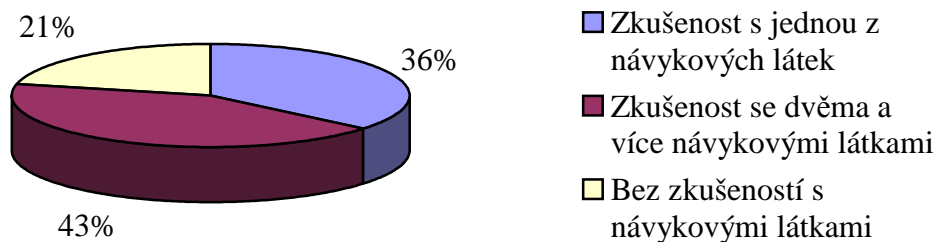
Tato statistika byla vytvořena podle anamnestických údajů, které získává lékařka při příjmu klienta.

Tento údaj získaný ze zdravotních karet dětí je s největší pravděpodobností ovšem zkreslený, jelikož při příjmu na oddělení jsou klienti tázáni před rodiči a před nimi většina nepřizná své zkušenosti s užíváním návykových látek.

Tabulka č. 10 - Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami

Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami							
	Tabák	Alkohol	Marihuana	Tabák + alkohol	Tabák + marihuana	Tabák + alkohol + marihuana	Bez zkuš.
Chlapci	6	0	1	10	1	3	6
Dívky	8	2	0	3	0	3	4
Celkem	14	2	1	13	1	6	10
	Zkušenost s jednou návykovou látkou			Zkušenost se dvěma a více návykovými látkami			Bez zkuš.
Celkem	17			20			10

Graf č. 10 - Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami



Podle zkušenosti z tohoto zařízení je nutné konstatovat, že 90 – 95% z hospitalizovaných klientů starších 12 let kouří pravidelně několik cigaret denně. Téměř všichni mají také zkušenost s marihuanou, i když tu kouří spíše výjimečně.

Dotazováním bylo zjištěno, že klienti, kteří měli problémy s alkoholem, také kouří a častěji užívají marihuanu. Je tedy pravděpodobné, že existuje souvislost mezi užíváním alkoholu a drog. Výskyt některého z výše zmíněných jevů u klientů je tedy signálem dalšího možného poruchového vývoje.

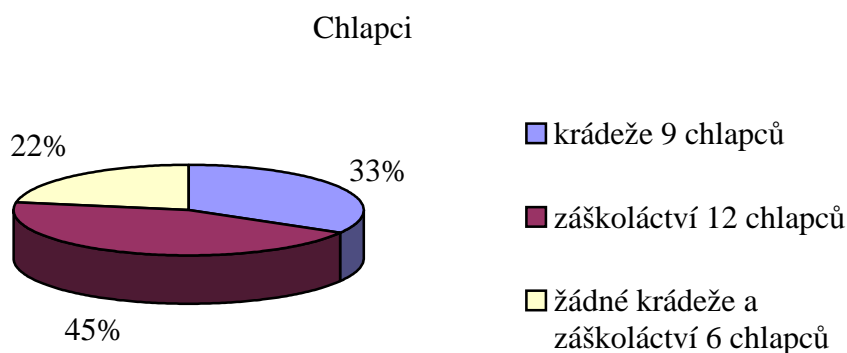
3.4.10 Záškoláctví a krádeže

U problémových klientů byly zjištěny určité typy nežádoucího chování. Analýzou tabulky zjistíme, že častým přestupkem problémových dětí je **záškoláctví**. Současně je také prvkem, kterým dítě nejčastěji nastartuje svoji delikventní kariéru, tzn. že bývá jeho prvním evidovaným případem. Se záškoláctvím jdou často ruku v ruce další negativní jevy, jako je slabší prospěch, konflikty s učiteli a s tím související kázeňské problémy. Záškoláctví úzce souvisí s prospěchem a chováním ve škole, čím horší prospěch a chování, tím více je zaznamenáno záškoláctví. To může vést k dosažení pouze nízkého stupně vzdělání a stupeň vzdělání, jak je známo, úzce souvisí se stupněm napadení populace negativními jevy a kriminalitou.

Tabulka č. 11 - Záškoláctví a krádeže

	Krádeže		Záškoláctví		Bez těchto problémů	
Chlapci	9	33 %	12	45 %	6	22 %
Dívky	5	25 %	4	20 %	11	55 %
Celkem	14	30 %	16	34 %	17	36 %

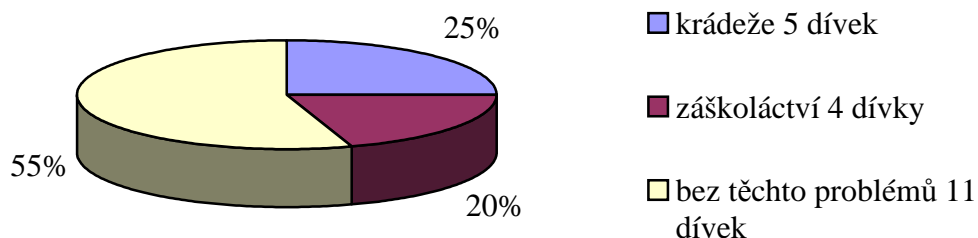
Graf č. 11 - Záškoláctví a krádeže - chlapci



Velmi závažným problémem jsou drobné krádeže. Mladí lidé, zvláště ti, jejichž rodinné zázemí není v pořádku, se těžko orientují ve světě, kde není jednoznačně zřejmý systém hodnot a zvyků, kde je právo obcházeno a dodržování morálních norem leckdy zesměšňováno.

Z daného grafického znázornění vyplývá, že 33 % chlapců má nějakou zkušenost s krádeží. Žádný z těchto přestupků nebyl však hlavním důvodem k hospitalizaci. Z celkového počtu chlapců je téměř 50 % záškoláků a pouhá pětina nemá problém s výše zmiňovaným porušováním základních společenských norem.

Graf č. 12 - Záškoláctví a krádeže - dívky

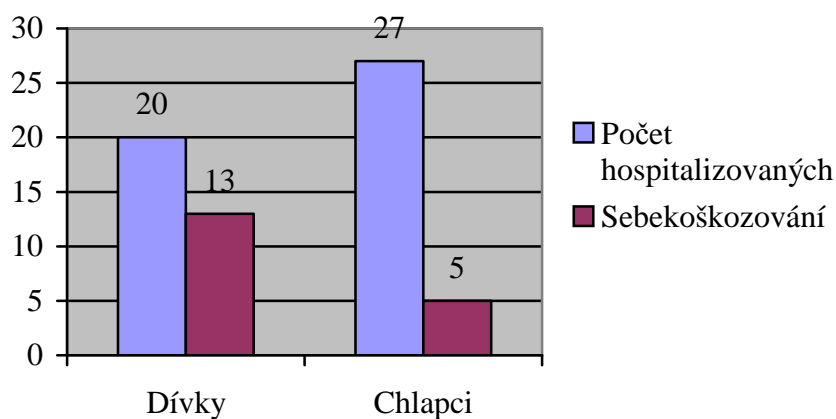


Druhý graf v této kapitole graf č. 12 doplňuje informace o krádežích a záškoláctví dívek. Z provedeného výzkumu vyplývá, že výsledky u chlapců jsou v obou sledovaných typech chování výrazně horší - u záškoláctví více než dvojnásobně. Ze zkoumaného vzorku má téměř 80 % chlapců zkušenosti se záškoláctvím či krádeží, což je alarmující!

3.4.11 Sebepoškozování

Na oddělení dětské psychiatrie byl loni zaznamenán větší počet hospitalizovaných se sebepoškozováním. Byla potvrzena celostátní i celosvětová statistika, že dívky se v období dospívání častěji sebepoškozují. Ze zkoumaného vzorku to v loňském roce bylo z dvaceti dívek, které měly tento problém, celkem 13, což znamená 65 %. U chlapců byl tento jev zaznamenán pouze v pěti případech. Z celkového počtu hospitalizovaných dospívajících je to 18 % (viz graf č.13).

Graf č. 13 - Sebepoškozování



3.5 Analýza a shrnutí výsledků praktické části

Cílem bakalářské práce byla komplexní charakteristika klientů staršího školního věku hospitalizovaných na Dětském psychiatrickém oddělení v Liberci v období prvního pololetí školního roku 2007/2008. V praktické části nás zajímalo potvrzení tří námi stanovených předpokladů.

První předpoklad P 1 - předpokládáme, že u více jak 70 % hospitalizovaných klientů dětské psychiatrie je diagnostikována porucha chování.

Náš předpoklad P1 nebyl zcela potvrzen, přesto výsledky průzkumu ukazují na dominantní výskyt poruch chování u hospitalizovaných klientů. Detailní rozbor diagnóz můžeme nalézt v tabulce č. 8 a grafu č. 8.

Celých 68 % ze zkoumaného vzorku má diagnostikovanou poruchu chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci. Z toho pramení, že mají problémy především se začleněním do kolektivu, s respektováním autorit a přizpůsobováním se společensky přijatelným normám a hodnotám. Druhou nejpočetnější diagnostikovanou skupinou jsou klienti s neurotickými poruchami a poruchami vyvolanými stresem a somatickými problémy. Klienti s touto diagnózou mají pouze přechodně problémy, například při zvládání určitého vývojového stadia nebo při řešení složité rodinné situace (rozvod rodičů, úmrtí v rodině). Po vyřešení tohoto konkrétního problému se dítě většinou zařazuje zpět do běžného života. V případě, že by se s klientem včas a vhodně nepracovalo a dostal by se do nevhodného a nepodnětného prostředí, které by prohlubovalo jeho stresovou situaci a reakci na ni, došlo by pravděpodobně k upevnění nesprávných návyků a nevhodných reakcí k řešení problémů a tím k možným poruchám chování nebo k celkové změně osobnosti.

Druhý předpoklad P 2 - předpokládáme, že více jak 1/3 klientů - chlapců s poruchou chování - byla diagnostikována již v mladším školním věku porucha pozornosti (ADD nebo ADHD).

Z výsledků zkoumaného vzorku vyplývá, že 52 % chlapců mělo v mladším školním věku poruchu pozornosti nebo poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Potvrzuje se zde, že poruchám chování předcházejí ve většině případů problémy již v mladším školním

věku. Tabulkou č. 9 a grafem č. 9 je viditelně ověřen předpoklad P 2. Tím se potvrzuje i všeobecně známý fakt, že porucha pozornosti se vyskytuje ve větší míře u chlapců.

Třetí předpoklad P 3 – *předpokládáme, že minimálně 1/3 rodičů klientů dětské psychiatrie je nebo byla v ambulantní psychiatrické péči nebo někdy v minulosti hospitalizována na psychiatrickém oddělení.*

Z tabulky č. 5 a grafu č. 6 je patrné, že předpoklad P 3 byl potvrzen. Z celkového počtu rodičů má nebo mělo celých 74 % problémy, kvůli kterým byli nuceni docházet na ambulantní oddělení psychiatrie, někteří z nich byli i hospitalizováni na tomto oddělení. Potvrdil se i předpoklad vysokého procenta dědičnosti u duševních poruch a poruch chování.

Statistické údaje v ostatních kapitolách praktické části byly zdokumentovány pro dokreslení profilů klientů Oddělení dětské psychiatrie v Liberci. Výsledky praktické části nám potvrdily ze 2/3 stanovené předpoklady.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že příčiny, původ, charakteristika i léčba psychických problémů dětí jsou teoreticky v odborné literatuře dobře popsány a zmapovány a je jen důležité tyto vědomosti a informace promítnout do praxe, tzn. do vytváření takového systému efektivně fungujících speciálních zařízení, ve kterých se klientům dostane terapie a péče, které přinesou hmatatelné výsledky nejen jim, ale i jejich rodičům i celé společnosti. Návrhy některých opatření jsou uvedeny v závěru této bakalářské práce.

4 Návrh opatření

Všeobecná doporučení

Rodinné prostředí tvoří významný podíl v životě každého jedince. Rodina by měla uspokojovat základní potřeby člověka, jako je pocit bezpečí a jistoty. Také by měla dítěti nastavit základní normy chování a pravidla, která ovlivňují celkové začlenění jedince do společnosti a jeho morální růst.

Dnes je všeobecně známo, že v posledních měsících těhotenství vnímá dítě v matčině těle všemi smysly, že má paměť a že reaguje na duševní stavy matky. Po narození je důležitým faktorem řeč. Za normálních okolností se rodiče věnují dítěti a mluví na něj, komentují situace kolem něj. Pokud dítě vyrůstá v nefunkční rodině, není tato základní komunikace vůbec možná. Mateřské chování je založené na vzájemné akci a reakci matky s dítětem, není to jen řada naučených přístupů. Naše mateřské postoje a instinkty se utváří během celého našeho života a to nejen u žen, ale i u mužů a dětí. Přístupem rodičů, sourozenců a dalších nejbližších lidí kolem dítěte je utvářeno rodinné klima, ve kterém by dítě mělo poznat, že vše má své hranice a přizpůsobit se určitým pravidlům v rodině (časem ve společnosti) je nutné. Zároveň však ale poznává, že rodina – sourozenci, rodiče, prarodiče jsou mu oporou a může se na ně spolehnout i pokud má nějaké starosti. Je nutné, aby dítě cítilo pomoc a lásku hlavně v rodině. A aby se naučilo být tolerantní vůči ostatním a aby bylo schopné se přizpůsobit kolektivu a nemělo výhody na úkor ostatních.

Rodina je základní prostředník k socializaci. Pomocí rodiny se člověk začleňuje - vrůstá do společnosti.

Obsahem socializace jsou společenské normy a hodnoty a vše to, co umožní jedinci, aby si vytvořil potřebné předpoklady k výkonu nejrůznějších sociálních rolí. Ve společenských rolích jsou vyjádřeny společenské normy a hodnoty. Normy, které společnost předkládá jedinci při utváření osobnosti, mají určité limity tolerance.

Opatření vzhledem k zařízení

Realizace konkrétních opatření, která by přinesla hmatatelné výsledky a přínosy nejen pro klienty ODP, ale i pro všechny zainteresované strany (odborný personál, rodiče, atd.), jsou většinou limitovány vysokými finančními náklady a v některých případech i legislativními omezeními.

Příklady konkrétních opatření:

- 1) **Zavedení systému volnočasových aktivit** – každodenní odpolední náplň pro klienty, například – pracovní terapie, pohybové hry, trampolining atd. V odpoledních hodinách se o klienty stará zdravotnický personál. Klienti ODP nemají ve většině případů žádná pohybová omezení. Naopak většinou to jsou chlapci a dívky, kteří jsou nabiti energií, kterou ze sebe potřebují dostat a to by během plánované činnosti mohli. Navrhovaným opatřením by byla v tomto případě např. spolupráce se studenty Pedagogické fakulty Technické univerzity v Liberci a poskytnutí možnosti vykonání praxe a tím stálé nebo alespoň občasné pedagogické a výchovné působení v odpoledních hodinách.
- 2) **Vyvozování osobní zodpovědnosti za ničení majetku a důsledné vyžadování napravení nebo uhrazení těchto škod** – toto navrhované opatření je velmi **zásadní**. Jak se mohou klienti, kteří jsou hospitalizováni na ODP, naučit zodpovědnosti, když jim je zde odpuštěno, když něco zničí! Samozřejmě jsou na psychiatrii a někteří se mohou v určité situaci dostat do afektu nebo agresivně reagovat na vypjatou situaci, ale klient, který „jen tak“ zničí dveře, rozmlátí židli nebo stůl, by měl nést důsledky za své jednání! Zde by pak záleželo, jak by celou záležitost posoudil lékař a podle toho by bylo dobré vyvodit výchovné a napravující důsledky.
- 3) **Celkové zpříjemnění prostředí** – ordinacím a chodbám zařízení by prospělo lepší vybavení, které by bylo možné hradit z „podnikatelské činnosti“, která je naším dalším navrhovaným opatřením (viz návrh č.4). Finanční rozpočet Krajské nemocnice v Liberci je zřejmě omezený na pokrytí nejzákladnějších potřeb jednotlivých oddělení a přidělené sponzorské dary směřují většinou na jiná oddělení nemocnice.

- 4) „Podnikatelská činnost“ – výroba různých předmětů klienty (čímž se učí zručnosti, určitým postupům práce, udržení čistého místa, spolupráce v kolektivu, řešení problémů a zvládání každodenních situací a návyků) a z výtěžku prodeje rodičům, babičkám a známým hospitalizovaných klientů v rámci Dne otevřených dveří, Vánoční besídky atd. by bylo možné financovat motivační programy a následné odměny pro klienty, placení odpoledního výchovného poradce – vychovatele nebo modernizaci zařízení.
- 5) Zlepšení spolupráce mezi pedagogy, lékaři, sestrami a psychology – společná pravidelná sezení, porady. Zavedení individuálních plánů pro jednotlivé klienty s propojením lékařské a pedagogické „terapie“ a jejich vyhodnocování. V současné době je tato spolupráce nedostačující.

5 Závěr

Bakalářská práce se zabývala klienty Oddělení dětské psychiatrie v Liberci. Zajímalo nás, jaké jsou nejčastější důvody hospitalizace a jaké metody jsou využívány při práci s dětmi s poruchami chování, které jsou diagnostikovány nejčastěji. Provedli jsme šetření v oblasti organizace, administrativy a kvality života dětí na DPO.

Dva námi zadané předpoklady byly potvrzeny, jeden předpoklad se lišil v udávaném počtu procent. Přesto bylo zjištěno, že na DPO jsou převážně hospitalizováni klienti s poruchami chování.

Z celkového průzkumu vyplynuly mnohé údaje a informace, které jsme podrobně interpretovali v praktické části. Všechny předpoklady byly stanoveny vzhledem k minulosti klientů nebo k chodu současného oddělení.

Bohužel nebylo možné z dostupných dokumentů zjistit hodnoty IQ hospitalizovaných klientů. Klienti, kteří jsou na oddělení umístěni, jsou ve většině školsky neúspěšní a jejich výsledky ve škole jsou průměrné, mnohdy až podprůměrné. Může to být však z důvodu snížené inteligence, ale také na základě specifických poruch učení, které se často prolínají se specifickými poruchami chování nebo na nepodnětném prostředí, ve kterém vyrůstají.

Z pozorování od září 2007 do února 2009 vyplynulo, že by minimálně polovina klientů mohla mít daleko lepší výsledky ve škole. Školní neúspěch je často výsledkem jejich nesprávného, často negativního postoje ke škole a učitelům. Během hospitalizace je při vyučování maximálně 8 klientů ve třídě. V tomto počtu je možný individuální přístup, který mnohdy vede ke zlepšení pracovních návyků. Ve třídě jsou klienti s podobnými problémy a většinou nemají potřebu se zde někomu zalíbit, proto se jejich chování během hospitalizace zlepšuje. Z našich zkušeností a rozboru anamnéz vyplývá, že nejčastějšími klienty jsou chlapci z neúplné rodiny, jejichž ekonomické zajištění je spíše průměrné nebo podprůměrné. Inteligence klientů bývá průměrná, přesto jsou školsky neúspěšní a mají negativní vztah ke škole, často mají třídní důtky nebo snížené známky z chování a to již v nižších ročnících základní školy. Hlavním problémem bývá nedostatečná rodinná péče a neefektivní využívání volného času. Klienti obvykle

ve středním nebo starším školním věku přestávají navštěvovat zájmové kroužky, které dosud navštěvovali, a začínají se „poflakovat“ s partou vrstevníků...

Při rozhovorech s nimi bylo zjištěno, že většina rodičů nemá zájem o školní úspěchy svých dětí ani o jejich náplň volného času. Většina klientů není z domova zvyklá poslouchat, rodiče se o ně nestarají a oni nejsou zvyklí plnit zadané úkoly. Z toho pramení jejich neshody ve škole, kde vyučující požaduje zápis do sešitu a splnění zadaných úkolů při vyučování.

Na DPO v Liberci jsou přijímáni nejvíce klienti z Libereckého, Ústeckého, Královéhradeckého a Středočeského kraje. Statistika ohledně jejich dalšího zařazení zpět do kolektivu nebo do rodiny není možná, jelikož většina má svého osobního psychiatra z okolí svého bydliště a nenavštěvuje ambulanci, která je součástí DPO.

Existuje ještě mnoho problémů, které je nutné řešit. Mnohé z nich ale díky zákonům a neochotě lidí jsou neřešitelné. Při práci s dětmi s poruchami chování je velice důležitá důslednost, empatie a vstřícnost.

V dnešní době se klade důraz na osobnost dítěte, každé dítě má možnost rozhodovat o svém životě a volit si, co uzná za vhodné. Toto je však možné, až když je mu jasné, že se ve společnosti musí dodržovat určitá pravidla, podle kterých je potřeba se chovat. Velice zajímavá by byla sonda do budoucnosti hospitalizovaných klientů, což je vzhledem k širokému spektru oblastí, ze kterých jsou přijímáni, nemožné.

Pokud by fungovalo lépe propojení mezi rodinou – dítětem – lékaři a pedagogy, dalo by se dětem na DPO daleko více pomoci. Bohužel tato spolupráce není dostačující. Rodiče často slibují spolupráci – dodržování režimu i po návratu dítěte domů, podávání léků, ale velice často se stává, že po týdnu, někdy i dříve je vše opět „ve starých kolejích“.

Dětských lékařů – psychiatrů a psychologů - je v tomto oboru velice málo a klienti se na DPO dostanou opravdu až při závažných problémech. V tomto ohledu doufáme ve zlepšení díky nově zřizovaným funkcím speciálních pedagogů – výchovných poradců přímo na školách, kteří jsou proškoleni a mohou pomoci již v začátcích problémů.

Cílem práce bylo nejen popsání DPO a jejích klientů, ale také hledání a navržení cest k účinnějším formám práce s dětmi. Naše doporučení jsou uvedena v následující kapitole.

6 Seznam použitých zdrojů

- ADLER, Alfred. *Psychologie dětí*. 1. vyd. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-85809-22-2.
- AUGER, Marie-Therese, BOUCHARLAT, Christiane. *Učitel a problémový žák*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-907-0.
- DRTÍLKOVÁ, Ivana. www.ceskapsychiatrie.cz [citováno 2008-12-28].
- HAVLÍK, Radomír. *Úvod do sociologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-814-X.
- HELUS, Zdeněk. *Psychologie*. Praha: Fortuna, 2003. ISBN 80-7168-876-2.
- HORT, Vladimír. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- HORT, Vladimír. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- CHVÁLA, Vladislav, TRAPKOVÁ, Ludmila. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-391-8.
- KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-014-3.
- Kolektiv autorů a konzultantů Encyklopedického domu, spol. s r.o.. *Slovník cizích slov*. 2. vyd. Praha: 1996. ISBN 80-90-1647-8-1.
- LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel, ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1989. ISBN 08-073-89.
- LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0098-9.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíce potřebují*. 1419. publikace. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-272-0.
- MAŤEJČEK, Zdeněk, DYTRYCH, Zdeněk. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: 2002. ISBN 80-247-0332-7.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2007. ISBN 80-7311-075-X.

mlib.cz/web/index.php?menu=1_33_4 [citováno 2008-12-28].

MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3

Nešpor Karel, www.geocities.com/dr_nespor/yrdeti2.doc, Seminář „Jóga a děti“, Praha 2.11.2000, [citováno 2009-02-10].

PACLT Ivo. <http://psychologie.doktorka.cz/sebeposkozovani-a-sebeublizovani-pribyva/> [citováno 2008-12-15].

PREKOPOVÁ, Jiřina. *Malý tyran*. 5. vyd. Praha: 2007. ISBN 978-80-7367-271-3.

PRŮCHA, Jan a kol. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Havlíčkův Brod: 2006. ISBN 80-247-1049-8.

Standardním ošetřovatelským postupem (SOP), vnitřní předpis Krajské nemocnice Liberec, a.s. 2005.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-689-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

www.ceskapsychiatrie.cz [citováno 2007-12-15].

http://www.help24.cz/index.php?page=druhy-terapii&view=autogenni_trenink, [citováno 2009-03-20].

http://liberecky.denik.cz/zpravy_region/20071128-krize.html [citováno 2007-11-28].

http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow [citováno 2009-02-28].

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kategorie:Psychologie> [citováno 2008-12-28].

Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-038-3.

7 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Rodina	54
Tabulka č. 2 - Sourozenci	55
Tabulka č. 3 – Vzdělání rodičů – dívky.....	57
Tabulka č. 4 - Vzdělání rodičů - chlapci	58
Tabulka č. 5 – Psychiatrická anamnéza v rodině.....	59
Tabulka č. 6 – Věk klientů.....	61
Tabulka č. 7 – Důvod hospitalizace.....	62
Tabulka č. 8 – Diagnózy klientů.....	63
Tabulka č. 9 – ADD, ADHD	65
Tabulka č. 10 - Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami	67
Tabulka č. 11 - Záškoláctví a krádeže	69

8 Seznam grafů

Graf č. 1 - Složení klientely DPO v daném období.....	52
Graf č. 2 - Rodina	54
Graf č. 3 - Sourozenci.....	55
Graf č. 4 - Vzdělání rodičů - dívky.....	57
Graf č. 5 - Vzdělání rodičů - chlapci	58
Graf č. 6 – Psychiatrická anamnéza v rodině	59
Graf č. 7 – Věk klientů	61
Graf č. 8 – Diagnózy klientů	64
Graf č. 9 – Chlapci s ADD nebo ADHD	65
Graf č. 10 - Zkušenosti s tabákem a jinými návykovými látkami.....	67
Graf č. 11 - Záškoláctví a krádeže - chlapci.....	69
Graf č. 12 - Záškoláctví a krádeže - dívky	70
Graf č. 13 - Sebepoškozování.....	71

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Charta práv hospitalizovaných dětí.....	19
Příloha č. 2 – Prohlášení zákonných zástupců dítěte.....	26
Příloha č. 3 - Záznam.....	27
Příloha č. 4 – Odpolední program pro děti,	32
Příloha č. 5 – Pokyny pro rozdělení do skupin.....	32
Příloha č. 6 - Informace o dítěti.....	33
Příloha č. 7 - Dotazník.....	33

Charta práv hospitalizovaných dětí

- Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
- Děti v nemocnici musejí mít právo na kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali.
- Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
- Děti nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- Děti nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
- S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
- Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
- O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
- Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
- Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Prohlášení zákonných zástupců dítěte

Prohlašuji, že ošetřující lékař řídil dítěti

.....narozenému

bytem

změnu režimu, dítě nejeví známky okultního onemocnění průjem, teplota, aj)

a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních 2 týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se

oddo



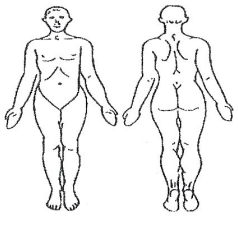
Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V Liberci dne

.....

podpis zákonných zástupců dítěte ze dne

kdy dítě odjíždí na zotavovací akci

 KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC ZÁZNAM - Vstupní ošetřovatelská anamnéza - informace a poučení		ÚROVEŇ ŘÍZENÍ 					
ID ČÍSLO: 3031		PLATNÁ VERZE: 1.1	PLATNOST OD: 18.5.2005				
IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK		Příjem dne: Přijala sestra:					
Sluch, rovnováha V <input type="checkbox"/> slyší dobře <input type="checkbox"/> slyší špatně <input type="checkbox"/> naslouchadlo <input type="checkbox"/> hluchý <input type="checkbox"/> porucha rovnováhy	Zrak V <input type="checkbox"/> vidí dobře <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> na blízko <input type="checkbox"/> na dálku <input type="checkbox"/> nevidí <input type="checkbox"/> kontaktní čočky	Strava <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> nechutenství	Spánek Z <input type="checkbox"/> pravidelný <input type="checkbox"/> přerušovaný <input type="checkbox"/> nespavost <input type="checkbox"/> hypnolitika	Zvláštnosti <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> sonda žal. <input type="checkbox"/> kanyla - I. V. <input type="checkbox"/> AV - SHUNT <input type="checkbox"/> stomie	Hydratace <input type="checkbox"/> optimální <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Bolest Z <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> analgezie <input type="checkbox"/> opíát <input type="checkbox"/> lokalita	Kožní projevy <input type="checkbox"/> vyrážky <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> dia noha <input type="checkbox"/> skóre rizika dekubitů: 
Vypražďování <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> moč - inkontinence <input type="checkbox"/> močový katetr <input type="checkbox"/> stolice - inkont. <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa	Tělesná soběstačnost V <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> pomoc při jídle <input type="checkbox"/> pomoc při hygieně <input type="checkbox"/> plně odkázán na ošetr. péči	Pohyblivost <input type="checkbox"/> chodící bez pomoci <input type="checkbox"/> pomoc při chůzi V <input type="checkbox"/> chodící s pomůc. Z <input type="checkbox"/> pohyblivý s pomůc. Z <input type="checkbox"/> pohyblivý na lůžku V <input type="checkbox"/> nepohyb. na lůžku V	Psychická anamnéza Z <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> úzkostlivý <input type="checkbox"/> spavý <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> netečný <input type="checkbox"/> sedativa <input type="checkbox"/> antidepresiva	Sociální zázemí <input type="checkbox"/> žije s rodinou <input type="checkbox"/> žije sám <input type="checkbox"/> v ÚSP <input type="checkbox"/> TOP <input type="checkbox"/> zajistit soc. šetření	Komunikace <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha řeči <input type="checkbox"/> afázie Informace o Dg. <input type="checkbox"/> zná <input type="checkbox"/> nezná		
Informace získané od rodiny:		Věk V nad 80 let <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jiné údaje		Poučení o cennostech: Za peníze, šperky a cenné věci, které si pacient neuloží do trezoru, nenese Krajská nemocnice Liberec zodpovědnost. Cennosti uloženy: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pacient byl informován, že ošetrovací jednotka je školním pracovištěm SZŠ a VZŠ v Liberci. <input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> není S ošetřováním studenty souhlasí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pacient byl seznámen s Domácím řádem: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pacient byl seznámen s Právy pacientů: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Anamnéza odebrána dne/hodina: Podpis pacienta: _____ Anamnézu odebrala sestra: _____		
Vysvětlivky Podtržené položky znamenají rizikové faktory pro možnost vzniku pádu Z: zevní, V: vnitřní		Celkový počet rizikových faktorů / datum přehodnocení Z: 1 2 3 4 5 Z: 1 2 3 4 5 V: 1 2 3 4 5 6 7 V: 1 2 3 4 5 6 7 Rizikový pacient: Z 2 nebo V 1					

Odpolední program pro děti

(Od 16.30 do 18.00 hod.)

Část dětí (podle tříd) má pracovní terapii v této době.

Ostatní děti: tématický program

Materiál si sestry připraví samy nebo na vyžádání od lékaře a psychologa.

Pondělí - hudební program - muzikoterapie, pouštění CD, příp. dle možností hra na hudební nástroje

Úterý - arteterapie - kreslení, malování - na téma určené psychologem, lékařem nebo sestrou

Středa - psychoterapie

Čtvrtek - pohybové hry v místnosti - dle Velké knihy her apod.

Pátek - soutěžní hry, soutěže a vědomostní kvízy - z různých zdrojů (dodané psychologem, lékařem i sestrami)

Bílá skupina

- první týden pobytu - vycházky po 5-7dnech, dle rozhodnutí oš.lékaře, po týdnu postup buď do červené skupiny, či do černé. Také možnost dětí z červené skupiny, které si obhájí přestup výše během pondělní komunity. První víkend bez propustky.

Očekávané chování

- dobrá spolupráce s odbornými pracovníky oddělení
- vzájemná tolerance s ostatními dětmi
- dodržování pravidel a režimu oddělení
- udržování pořádku
- kvalitní komunikace-bez vulgarismů, odmlouvání

Výhody

- povolena TV, vlastní audiotechnika
- možnost návštěv v běžném čase na oddělení
- možnost balíčku s dobrotami od rodičů. Po týdnu možný přestup do

Zelené skupiny

Očekávané chování

- dobrá spolupráce s odbornými pracovníky oddělení, aktivní činnost na terapiích, kvalitní komunikace a vzájemná tolerance s ostatními dětmi, ochota jim pomáhat v cestě do červené skupiny, pomoc nově přijatým dětem na oddělení a také dodržování domácího řádu a pořádku na pokoji
- kvalitní spolupráce ve škole-plnění všech zadaných úkolů, aktivita, nerušení ostatních dětí, chová se slušně k učitelům i vrstevníkům

Výhody

- možnost podílet se na struktuře trávení volného času-podílet se na přípravě programu, možnost podání svého návrhu na trávení volného času na oddělení, výběr četby, hudby, TV programu, DVD -povolena TV, vlastní audio technika, digitální hra, půjčení erární, hraní si na PC
- dle personálních možností návštěva kina, cukrárny, města, nákupu
- návštěvy v plném čase
- možnost stěhování po individuálním schválení lékařem
- možnost víkendové propustky v plném rozsahu po domluvě s rodiči
- možnost celého balíčku se sladkostmi, nápoji, ovocem od rodičů

Pokud nebude chování spadat do předchozích dvou skupin, možnost sestupu do skupiny

Žluté

Zjištěné chování

- lhaní, vulgarismy, nerespektování pravidel a režimu oddělení-nekážeň po večeři, vzdalování se od skupiny, problémové a obtěžující chování v jídelně
- provokování, odmítání, potíže v toleranci ostatních pacientů-posmívání až ponižování, tendence k agresivním projevům

Výhoda

- možnost v individuálních případech po schválení lékařem stěhování po odd.

Nevýhody

- zákaz užívání vlastní audio techniky, digitálních her. apod.
- možnost návštěvy
- propustka na víkend, jednodenní, či celovíkendová pouze na doporučení lékaře či psychologa
- z balíčku od rodičů povoleno pouze ovoce a nápoj
- bez TV, možnosti hraní na PC, návštěvy kina, cukrárny, města, nákupu
- možnost v individuálních případech po schválení lékařem stěhování po odd.

Červená skupina

Zjištěné chování

- fyzické násilí
- kouření, požívání drog, alkoholu, zadržování léků a manipulace s nimi
- útěk
- sebepoškozování
- šikana
- nevhodné sex.chování-obnažování, osahávání, násilí, zneužívání menších a slabších dětí
- hrubé porušování pravidel oddělení, přinesení a držení nebezpečných a zakázaných předmětů
- úmyslné ničení majetku odd.
- drzost, vulgarita, či fyzický útok vůči dospělým

Nevýhody

- zákaz audio techniky, TV, PC, digitálních her
- bez nároku na balíček
- propustka možná pouze ve velmi výjimečných případech, pokud by přispěla ke zlepšení stavu po domluvě s rodiči
- bez uvedených výhod předchozích skupin
- navíc v době volné aktivity jiných skupin pomoc při úklidu, práce na zahradě, vypracovávání zadaných úkolů
- možnost změny dle jednotného usouzení oš.personálu a schválení dětským kolektivem.

Přestup **z bílé vstupní** do jiné po týdnu, dle zhodnocení a převládajícího bodového ohodnocení

Přestup **z červené** do bílé dle jednotného posouzení ošetřujícím personálem a schválení dětským kolektivem.

Pokud po přestupu do bílé skupiny nebude pac. splňovat očekávané chování, přestoupí hned do skupiny dle zjištěného chování.

Informace o dítěti
(určeno pro potřeby školy)

Den nástupu

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Bydliště

Adresa školy, PSČ

Diagnóza při přijetí

Další informace

Důvěrné

Dotazník pro třídního učitele hospitalizovaného žáka

Jméno žáka:

Ročník:

Rok školní docházky:

Žádáme o vyplnění a zaslání na adresu: **Základní škola a Mateřská škola při nemocnici**
Školní 430
460 05 Liberec 5

1. Charakteristika osobnosti žáka:
2. Chování při vyučování (o přestávkách - je-li výrazný rozdíl):
3. Možné příčiny nedostatků v chování:
4. Postavení žáka v třídním kolektivu:
5. Žák vyniká v:
6. Žák je méně úspěšný v:
7. Další důležitá sdělení (poruchy učení, absence apod.):

V zájmu návaznosti vyučování žáka **vyplňte prosím pobytový plán na následující straně** (silně vyznačenou část).

Dotazník Vám zasíláme se souhlasem rodičů.

Děkujeme za včasné vyplnění a zaslání na výše uvedenou adresu.

V Liberci, dne:

třídní učitelka